



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Coorientador: Professor Doutor António Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Marta Sofia Silva Ramos

**fevereiro
2015**

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Estágio e Relatório
Título Conferido: Mestre em Enfermagem
Orientador: Professora Doutora Maria Filomena Martins
Coorientador: Professor Doutor António Arco

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Marta Sofia Silva Ramos

fevereiro
2015

O sucesso não vem do reconhecimento alheio. Ele é o resultado daquilo que plantaste com amor.
Quando chega a altura de colher, podes dizer para ti próprio: «Consegui.»

Paulo Coelho

Dedicatória

Dedico este Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária, que me permite adquirir o grau académico de Mestre em Ciências de Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária:

- Ao meu Filho, que tal como eu, já está envolto neste mundo da Enfermagem desde que foi concebido;
- À minha Mãe, que nunca me permitiu desistir perante os entraves que encontrei no início do mestrado, e por ser quem é, a melhor mãe do mundo.
- Ao meu Pai e ao meu Irmão, por serem muito importantes na minha vida;
- Ao meu companheiro Tiago (pai do meu Filho), que me acompanha desde os meus catorze anos de idade;
- À minha Sobrinha, Avó, Cunhada e restantes familiares;
- Ao meu avô que partiu em junho de 2014. Obrigado por tudo! Sei que está a olhar por mim...;
- Aos meus amigos, e a todos aqueles que me fazem evoluir enquanto pessoa;
- Aos que tentam impedir o meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira, pois não sabem que ao serem assim, ainda me tornam mais forte e persistente.

Agradecimentos

- Agradeço em primeiro lugar à Professora Doutora Filomena Martins e ao Professor Doutor António Reis do Arco, orientadora e co-orientador deste meu Relatório de Estágio, pela orientação, apoio e disponibilidade que sempre deram;
- A todos os professores que lecionaram o III Curso de Mestrado em Enfermagem, pelos conhecimentos que nos transmitiram e que tudo fazem para que sejamos enfermeiros de excelência;
- Aos restantes funcionários da Escola Superior de Saúde, que desde o Curso de Licenciatura em Enfermagem, possibilitam a nossa evolução enquanto pessoas e enfermeiros;
- A todos os colegas do III Curso de Mestrado em Enfermagem, pela amizade, apoio, e pelo convívio (não podiam ser melhores);
- À Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira por ter autorizado a participação dos alunos do 7.º e 8.º ano no nosso Diagnóstico da Situação de Saúde e ter permitido a realização da Sessão de Educação para a Saúde no seu anfiteatro;
- Aos pais dos alunos que deram autorização para os seus educandos participarem no nosso Diagnóstico da Situação de Saúde;
- A todos os adolescentes que participaram nas atividades por nós realizadas, desde o preenchimento dos questionários para o Diagnóstico da Situação de Saúde, até participação na Sessão de Educação para a Saúde;

Resumo

Presentemente, a nossa sociedade sofre alterações diárias para as quais é exigido, aos enfermeiros, um elevado nível de qualificações que permitam dar resposta às necessidades e determinantes de saúde de cada comunidade. Assim, cabe cada vez mais aos enfermeiros enfatizar práticas conducentes a estilos de vida saudáveis, através da Promoção da Saúde, com o objetivo da obtenção de ganhos em saúde.

Muitas doenças da idade adulta têm o seu início na adolescência, devido a hábitos de vida e à adoção de comportamentos de risco. É neste grupo etário, de grande vulnerabilidade, que deve incidir o papel da Educação para a Saúde, de forma a capacitar os adolescentes para opções saudáveis.

O presente Relatório reflete o desenvolvimento do Estágio na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e as competências adquiridas neste percurso. O Estágio decorreu no período de 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014 (2º Ano – 1º semestre), na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

Com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, toda a intervenção foi dirigida para os problemas identificados através do Diagnóstico de Situação de Saúde. Assim, o Estágio teve como intervenção a Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 8º e 9º Ano, da respetiva Escola.

Dada a aplicabilidade da Teoria da Aprendizagem Social de Bandura na Promoção da Saúde, as sessões de Educação para a Saúde sustentaram-se nesta teoria com o intuito de capacitar os jovens para agirem de forma correta e consciente.

O Estágio de intervenção comunitária foi enriquecedor do ponto de vista da diversidade de experiências que proporcionou, permitindo a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Palavras-chave: Planeamento em Saúde, Promoção da Saúde, Educação para a Saúde, Enfermagem Comunitária, Adolescência, Hábitos de Vida e Comportamentos de Risco.

Abstract

Nowadays, our society suffers daily changes for which it is required, from the nurses, a high level of qualifications which meet the needs and health's determinants of each community. Thus, nurses have to emphasize practices that lead to healthy lifestyles through health promotion, with the goal of obtaining health gains.

Many adult diseases have their onset during adolescence due to lifestyle habits and the adoption of risk behaviours. It is in this age group, of great vulnerability, which should address the role of Health Education, to empower teenagers to healthy options.

This report reflects the development of the Internship in specialization area of Community Nursing, as the skills acquired in this course. The Internship took place in the period from 16 September 2013 to January 31, 2014 (2nd Year - 1st semester), at Secondary School Mouzinho da Silveira, in Portalegre.

Based on the Methodology of Health Planning, the intervention was directed to the identified problems by the Health Situation Diagnosis. Thus, the Internship was concerned to Healthy Life Habits Promotion of adolescents of 8th and 9th year, from the referred school.

Given the applicability of the Social Learning Theory of Bandura in Health Promotion, the Education Sessions for Health were based in this theory in order to empower young people to act correctly and consciously.

The community intervention Internship provided different experiences, allowing the acquisition of specific skills of the specialist nurse in Community Nursing, defined by the *Ordem dos Enfermeiros*.

Key-words: Planning Health, Health Promotion, Health Education, Community Nursing, Adolescence, Habits of Life and Risk Behaviours.

Abreviaturas e Símbolos

6º - Sexto

7º - Sétimo

8º - Oitavo

9º - Nono

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CDP - Centro de Diagnóstico Pneumológico

DGS - Direção Geral de Saúde

DSTs - Doenças sexualmente transmissíveis

EpS – Educação para a Saúde

ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira

ESPS - Grupo de Eucación Sanitária y Promoción de la Salud

ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORLA - Oficina Regional Latino-Americana

PES - Promoção da Educação para a Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS® - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UIPES - União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde

WHO - World Health Organization

Índice

	f
INTRODUÇÃO	14
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	21
1.1 - ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE	23
1.1.1 – Elaboração do Plano	23
1.1.2 – Avaliação	29
2– PROMOÇÃO DA SAÚDE	31
2.1 – CONCEITO.....	35
2.2 – TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA	39
3 - ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA	44
4 – ADOLESCÊNCIA	48
5 – HÁBITOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA	51
II – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA.....	60
1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA AQUISIÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES.....	61
1.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	61
1.1.1 - Caracterização das Variáveis Sociodemográficas	64
1.1.2 – Dados referentes às Variáveis de Saúde	74
1.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	79
1.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	83
1.4 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	85
1.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS	86
1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	88
1.7 – EXECUÇÃO	91
1.8 – AVALIAÇÃO	95

III – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA	105
1 – DISCUÇÃO DOS RESULTADOS.....	106
2 – EVOLUÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	112
CONCLUSÃO	119
BIBLIOGRAFIA	127
APÊNDICES.....	137
Apêndice I – Pedido de Autorização para aplicação dos Questionários	138
Apêndice II – Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação para aplicação de Questionários ao seu Educando	140
Apêndice III – Pedido de Autorização para a realização do Estágio	142
Apêndice IV – Projeto de Estágio – Grupo	144
Apêndice V – Cronograma das Sessões de Intervenção Comunitária	167
Apêndice VI- Apresentação em <i>Power-point</i>, dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e aos docentes da ESMS;.....	169
Apêndice VII - Apresentação em <i>Power-point</i> sobre “Adolescentes, álcool, tabaco e drogas”	184
Apêndice VIII – Filme sobre “Adolescentes, álcool, tabaco e drogas”	190
Apêndice IX- Apresentação em <i>Power-point</i> sobre “Sexualidade”	204
Apêndice X - Apresentação em <i>Power-point</i> sobre “Bullying”	213
Apêndice XI - Folheto informativo sobre “Bullying”	219
Apêndice XII – Questionário de Satisfação das Sessões de Intervenção Comunitária ...	221
Apêndice XIII - Apresentação em <i>Power-point</i> sobre “Metodologia do Planeamento de Saúde”	223
ANEXOS.....	240
Anexo I – Autorização para aplicação dos Questionários	241
Anexo II – Questionário utilizado no Diagnóstico de Situação.....	243
Anexo III – Autorização para a realização do Estágio.....	250

Índice de Figuras

	f
Figura n.º 1 – Etapas do Processo de Planeamento em Saúde.....	24

Índice de Gráficos

	f
Gráfico n.º 1 – Distribuição da População por Sexo	64
Gráfico n.º 2 – Distribuição da População por Média de Idades	65
Gráfico n.º 3 – Distribuição da População por Agregado Familiar	67
Gráfico n.º 4 – Distribuição da População por Área de Residência	68
Gráfico n.º 5 – Distribuição da População por Média de Altura	73
Gráfico n.º 6 – Distribuição da População por Média de Peso	74

Índice de Quadros

f

Quadro n.º 1 – Preparação da execução: “Articulação e envolvimento entre as mestrandas e a direção da ESMS ”.....	91
Quadro n.º 2 – Execução: “Sessão de apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e Docentes da ESMS ”.....	94
Quadro n.º 3 – Execução: “Elaboração de sessões de EpS aos Adolescentes que frequentam o 8º e 9º Ano da ESMS ”.....	95
Quadro n.º 4 – Avaliação das sessões de EpS aos Adolescentes que frequentam o 8º e 9º Ano da ESMS.....	97
Quadro n.º 5 – Síntese do percurso efetuado pelas Mestrandas	101

Índice de Tabelas

	f
Tabela n.º 1 – Distribuição da População por Idade	64
Tabela n.º 2 – Distribuição da População por Média, Mediana, Moda e Desvio Padrão de Idades	65
Tabela n.º 3 – Distribuição da População por Idade e Sexo	65
Tabela n.º 4 – Distribuição da População por Ano Escolar e Sexo	66
Tabela n.º 5 – Distribuição da População por Agregado Familiar.....	66
Tabela n.º 6 – Distribuição da População por Área de Residência	67
Tabela n.º 7 – Distribuição da População por nível de Escolaridade do Pai	68
Tabela n.º 8 – Distribuição da População por nível de Escolaridade da Mãe	69
Tabela n.º 9 – Distribuição da População pela Profissão do Pai e Moda da Profissão do Pai.....	70
Tabela n.º 10 – Distribuição da População pela Profissão da Mãe e Moda da Profissão da Mãe	71
Tabela n.º 11 – Distribuição da População por Situação de Emprego do Pai e Moda da Situação de Emprego do Pai	72
Tabela n.º 12 – Distribuição da População por Situação de Emprego da Mãe e Moda da Situação de Emprego da Mãe.....	72
Tabela n.º 13 – Distribuição da População por Média e Moda de Altura	73
Tabela n.º 14 – Distribuição da População por Média e Moda de Peso.....	74
Tabela n.º 15 – Distribuição da População por modo como te sentiste durante a sessão	98
Tabela n.º 16 – Distribuição da População por pertinência dos temas abordados.....	98
Tabela n.º 17 – Distribuição da População por modo como os temas foram abordados	98
Tabela n.º 18 – Distribuição da População por esclarecimento de dúvidas	99
Tabela n.º 19 – Distribuição da População por forma como a sessão correspondeu às tuas expetativas	99
Tabela n.º 20 – Distribuição da População por grau de satisfação em geral	100

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório, do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi-nos proposto, a elaboração de um Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária, com o intuito de aplicar os conhecimentos obtidos e demonstrar algumas das competências conceptuais e técnicas adquiridas ao longo deste curso de Mestrado.

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio e Relatório, que decorreu no período de 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014 (2º Ano – 1º semestre), na Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS], em Portalegre. Tem a finalidade de validar competências, conferindo o grau académico de Mestre em Ciências de Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária previsto pela Ordem dos Enfermeiros.

Foi orientado pela Professora Doutora Filomena Martins, Professora Coordenadora na Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre, Mestre em Saúde Pública e Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Pública.

A escolha do local do Estágio deve-se a um “projeto trabalho conjunto” entre a Escola Superior de Saúde de Portalegre e a Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, esta última onde foi realizado o estudo de Diagnóstico de Situação de Saúde.

O estudo de Diagnóstico de Situação de Saúde, “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”, provém da fusão entre duas temáticas que nos suscitavam interesse, a “Adolescência” e os “Hábitos de Vida Saudáveis”.

Desta forma, o Diagnóstico da Situação de Saúde: *Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre*, decorreu no período de 31 de maio a 5 de julho de 2013.

Foi direcionado, em termos de população alvo, a todos os adolescentes das turmas de Sétimo e Oitavo Ano, da escola acima referida, tendo sido inquiridos 232 alunos. Destes inquiridos 52,59% são do sexo feminino e 47,41% do sexo masculino, com idades que variam entre os 12 e os 17 anos, a residir na sua maioria com os pais e irmãos (50,4%), na cidade de Portalegre (66,4%). No que concerne ao índice de escolaridade dos encarregados de educação,

apurou-se que maioria são detentores do ensino secundário (27,8% dos pais e 25,8% das mães) e ensino superior (26,1% dos pais e 41,6% das mães).

Como instrumento de colheita de dados, optou-se pela utilização do questionário (Anexo II), por se considerar o mais adequado ao estudo descritivo, exploratório e transversal, que se pretendia realizar. O questionário engloba de uma forma geral as principais áreas que envolvem a adolescência, focando os aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que de certa forma uniformizam este fenómeno, e que vão desde a alimentação, ao exercício físico, sono e repouso, segurança, consumos e situações de risco, bem como a sexualidade e saúde reprodutiva. Este instrumento foi cedido pela Autora: Exma. Mestre em Enfermagem Renata Catarina Alves Brito, utilizado na sua Tese de Mestrado em Enfermagem, intitulada: “*Os hábitos de saúde dos adolescentes: realidade numa instituição de ensino particular.*”, a quem foi solicitada a autorização para a utilização do mesmo (Apêndice I e Anexo I).

Posteriormente, o tratamento dos dados fez-se utilizando o *software* SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0 para *Windows*, sendo criada uma base de dados, onde os mesmos foram introduzidos informaticamente.

Terminado o Diagnóstico de Situação de Saúde e da análise dos resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados selecionado, foram identificados três problemas onde existia uma maior necessidade de intervenção, em termos de Educação para a Saúde [EpS], e que foram:

- Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas;
- Violência na Escola – Bullying;
- Sexualidade.

Após esta etapa, surgiu então a necessidade de se proceder à execução das etapas seguintes deste processo contínuo e dinâmico que é o Planeamento em Saúde (determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação) que são descritas no II capítulo deste relatório.

Assim, foi elaborado um Projeto de Estágio de Grupo (apêndice IV), onde constam os objetivos, a especificação detalhada das atividades (sessões de educação para a Saúde, no âmbito da promoção de hábitos de vida saudáveis), bem como, os recursos humanos e materiais necessários para desenvolver toda a intervenção para este Estágio.

Este Estágio teve como principal objetivo:

- Promover a aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 8º e 9º Ano, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

Deste modo, toda a intervenção realizada em termos de Planeamento em Saúde, durante o Estágio e descrita neste Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária, foi baseada nos problemas identificados através do Diagnóstico de Saúde, em cima referidos.

Segundo Matos (1980, citado por Imperatori & Giraldes, 1993:3) o Planeamento em Saúde:

“(…) é um esforço colectivo em que intervêm (…) todos os serviços e o respectivo pessoal (…) os próprios cidadãos, quer como utentes dos serviços, quer como elementos de uma comunidade a quem importa no seu todo, o nível geral de saúde da respectiva população e as acções e empreendimentos que visam salvaguardá-lo e promovê-lo.”

Ou seja, o Planeamento em Saúde efetuado pelos técnicos de saúde, em conjunto com o indivíduo/comunidade, pretende através dos recursos disponíveis, planear um conjunto de estratégias, atividades e intervenções, com o intuito de promover e aumentar a saúde e o bem-estar desse indivíduo/comunidade.

Para o poder efetuar, há que ter a noção dos problemas verificados na comunidade e quais as necessidades reais de saúde, bem como, ter em conta o seu meio físico, social, económico e os recursos disponíveis para o implementar.

É também, através do Planeamento em Saúde, ou seja, através de toda a elaboração e execução de programas e projetos, que o próprio poder político, faz a distribuição/mobilização de recursos físicos, financeiros, bem como humanos (equipas de saúde), nessa mesma comunidade.

O conceito de saúde, sofreu várias alterações com o decorrer dos séculos, mais propriamente nas últimas décadas devido ao desenvolvimento científico, compreensão e influência dos fenómenos sociais no bem-estar das populações. Logo, na atualidade o conceito de saúde vê o indivíduo como um ser social que tanto é influenciado e se adapta à comunidade em que vive, como também a influência. Deste modo, o indivíduo é agora observado de forma holística, ou seja, quer a nível físico, psíquico, social e ambiental.

Chegou-se à conclusão que o que importa não é curar a doença, mas sim prevenir o seu aparecimento, promovendo a saúde. A Promoção da Saúde, teve o seu emergir com Relatório Lalonde (1974), mas só com a Declaração de Alma-Ata começa a ganhar destaque, tendo o seu desenvolvimento na Carta de Ottawa. Foi ainda reforçada com as Conferencias Internacionais que se seguiram. Está inserida na estratégia global de proteção à saúde, que incorpora todas as dimensões do indivíduo, aparecendo nas várias vertentes/sectores da saúde (saúde pública, ambiental, alimentar, oral, ocupacional, etc).

Como profissional de saúde, nomeadamente Enfermeira, e tendo por base a carta de Ottawa (1986), considero que o “empoderamento comunitário” assume cada vez mais relevo nos tempos atuais. O “empoderamento comunitário” torna os indivíduos, família e comunidades aptos para modificarem as suas condições de vida e, conseqüentemente, a sua saúde. Sendo os adolescentes, os nossos adultos e idosos de amanhã, torna-se desde logo fulcral intervir o mais cedo possível nesta faixa etária, de forma, a que estes realizem escolhas acertadas, para no futuro se obterem ganhos em saúde.

Tal como refere o Plano Nacional de Saúde [PNS] 2012-201 (2012-2016: 5) “a infância e adolescência são períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis.”

São intervenções ao nível de estilos de vida saudáveis, prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência, relações saudáveis e planeamento familiar, entre outras, que oferecem benefícios para a saúde a longo prazo. Salienta-se os determinantes de consumo de tabaco e álcool e sexualidade segura, bem como o controlo da gravidez na adolescência, como áreas com recomendações de intervenção. (PNS 2012-2016)

Assim, a formação especializada dos enfermeiros, permite intervir nos processos de tomada de decisão dos problemas de saúde, desenvolvendo programas e projetos de intervenção que visam a capacitação e o empoderamento dos indivíduos e comunidades.

É do interesse global promover a saúde e prevenir a doença nas populações, com o intuito de aumentar o bem-estar físico, psíquico e social, por forma, a elevar o nível/qualidade de vida e assim levar ao desenvolvimento da própria sociedade e do próprio país.

O próprio indivíduo tem agora a responsabilidade para poder evitar contrair determinadas doenças, não só através dos seus valores e crenças, mas também através da informação que o mesmo dispõe e que lhe é transmitida pela Promoção da Saúde.

São vários os modelos teóricos para explicar as alterações comportamentais, mas é de salientar a grande importância da aplicação da teoria de Bandura (Teoria da Aprendizagem Social) nas questões da EpS, podendo ser bem estabelecidas em relação aos jovens, uma vez que os Técnicos de saúde, em colaboração com os Professores, podem servir de bons modelos a fim de incentivar e estimular comportamentos saudáveis nesta faixa etária, contribuindo assim para ganhos em Saúde no futuro.

Como tal, o presente Relatório de Estágio, tem o intuito de descrever e refletir sobre as situações vivenciadas, aprendizagens efetuadas e atividades de enfermagem desenvolvidas durante o estágio. Recorre-se assim, a uma atitude crítico-reflexiva para elucidar a contribuição deste Estágio para a aquisição e o desenvolvimento das competências subjacentes ao perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Deste modo os objetivos deste Relatório são:

- **Objetivo Geral:** Descrever o percurso de aprendizagem que decorreu no âmbito da prática do Estágio realizado na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, tendo por base os objetivos traçados no Projeto de Estágio.

Por sua vez os **Objetivos Específicos** são:

- Descrever as atividades realizadas durante o Estágio de acordo com as etapas da Metodologia do Planeamento em Saúde;
- Analisar a forma como as atividades realizadas durante o Estágio permitiram adquirir conhecimentos e experiências que confirmam competências específicas em Enfermagem Comunitária;
- Desenvolver uma reflexão e análise crítica sobre o desempenho pessoal e o progresso profissional adquirido no decorrer deste percurso.

Metodologia

A realização deste relatório, tem na sua essência a Metodologia do Planeamento em Saúde com as respetivas etapas, que vão desde a Elaboração do Plano (que inclui as etapas do Diagnóstico da Situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Elaboração de Projetos e Programas e Preparação da Execução), à Execução e Avaliação.

Para corroborar as atividades desenvolvidas durante o estágio, foi também efetuada uma pesquisa bibliográfica, que permitiu ao mesmo tempo aumentar e consolidar os conhecimentos já adquiridos ao longo deste curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária.

Por fim, como foi efetuada uma sessão de EpS aos adolescentes inquiridos, com o intuito de facultar conhecimentos com vista a uma aquisição e/ou melhoria da saúde dos mesmos, procedeu-se à elaboração de um questionário de satisfação (Apêndice XII) para avaliar a nossa intervenção junto destes adolescentes. Foi feita uma análise quantitativa às perguntas fechadas deste questionário de satisfação, utilizando também o *software* SPSS®, versão 21.0 para *Windows*. É ainda de referir que, este mesmo questionário apresentava uma pergunta aberta à qual não se procedeu à sua análise, uma vez que não foram obtidos dados para poder analisar.

Estrutura do Relatório

Relativamente à estrutura e organização deste Relatório, este foi elaborado de acordo com as normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Desta forma, o presente Relatório encontra-se dividido em três capítulos. Assim, o primeiro capítulo é referente ao enquadramento teórico, onde se irá abordar a temática do planeamento em saúde e as etapas deste processo; é efetuada também uma abordagem sobre o conceito de Promoção da Saúde e a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, associada às intervenções realizadas; é também elaborada uma síntese sobre a Enfermagem Comunitária, visto ser o cerne deste Mestrado, onde são referidas as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pela Ordem dos Enfermeiros; consta ainda uma referência à faixa etária estudada no Diagnóstico de Situação – Adolescência, e os hábitos de vida e comportamentos de risco, inerente ao diagnóstico.

No segundo capítulo de acordo com as etapas do Planeamento em Saúde, são descritas todas as atividades de intervenção comunitária, efetuadas durante o estágio e de acordo com o cronograma estabelecido; são ainda apresentados os resultados obtidos.

O terceiro capítulo é referente à discussão e análise crítica dos resultados. Aqui constam os constructos obtidos com o Estágio; uma análise crítica e reflexiva sobre o contributo do Estágio na construção do nosso perfil de Enfermeiro Especialista; a conclusão, e todas as referências bibliográficas para elaborar este Relatório.

.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

A definição de saúde tem sofrido inúmeras alterações ao longo dos tempos. Os técnicos de saúde têm agora uma noção diferente desta definição, vêem-na como um conceito muito mais amplo do que ausência de doença.

A acompanhar esta evolução, e desde a Conferência da Alma-Ata que surgiu então uma maior preocupação com a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença ao nível governamental. As organizações de saúde, são cada vez mais confrontadas com exigências de redução de custo, gestão eficiente de recursos e com o aumento dos ganhos em saúde. Para tal, surge a necessidade de utilizar a metodologia do planeamento.

Segundo Teixeira et al. (2010, citado por Pereira, 2011: 1) “O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana”.

Também segundo Mintzberg (1994, citado por Pereira, 2011: 1), “o planeamento permite transformar uma finalidade ou um conjunto de intenções em ações, formalizando-as para que possam ser implementadas e articulando as consequências e resultados previstos”.

Na linha de pensamento de Durán (1989) o Planeamento em Saúde é o processo conjunto entre a administração de saúde e a população, para numa determinada área e de acordo com os prazos definidos, conseguirem os melhores níveis de saúde dessa população, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição.

Assim, Planeamento em Saúde define-se como “a racionalização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socio-económicos.” (Imperatori & Giraldes, 1993:23)

Deste modo e de acordo com os autores supracitados a necessidade de Planeamento em Saúde, é justificada pelas seguintes razões:

- Os recursos estão mais escassos e é necessário utilizá-los de forma mais eficaz e mais eficiente, de forma a resolver o maior número de problemas, atingir um maior número de indivíduos possível e com o mínimo de custos;
- É fundamental intervir nas causas dos problemas de saúde;
- É necessário definir prioridades de intervenção, pois de acordo com a prática sabe-se que não é possível resolver todos os problemas;

- Devem evitar-se intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as intervenções/estratégias existentes;
- É necessário utilizar e adequar os Serviços/ Infraestruturas existentes de forma a apoiar simultaneamente vários equipamentos, para haver uma utilização polivalente dos mesmos, visto que estes são muito onerosos;
- Há necessidade de elaboração de planos claramente concebidos e justificada a sua pertinência, por parte da administração, para poder competir com as diferentes prioridades no mercado Nacional da Saúde;
- Existência de modificações e adaptações constantes na saúde, devido aos progressos diários da Medicina e da Tecnologia;
- A complexidade e evolução de técnicas conduzem à especialização e ao trabalho pluridisciplinar, acentuando a necessidade de uma melhor utilização das aptidões e competências de cada profissional de saúde.

“O planeamento é, por isso, um processo contínuo, de alterações constantes que se obtêm de um modo definido ao longo do tempo, com a intenção de esclarecer e orientar as propostas de uma política de saúde.” (Durán, 1989:21)

Na linha de pensamento de Durán (1989) a possibilidade de atingir os objetivos do Planeamento em Saúde vai sempre depender da qualidade de elaboração do plano, da capacidade de gestão da administração, e ainda, dos valores que os indivíduos e a sociedade atribuem à saúde.

Tendo por base a natureza dos objetivos a atingir, as decisões a tomar, bem como os prazos delimitados, assim se determina o tipo de planeamento. Existem diferentes tipos de planeamento que poderão ser aplicáveis:

- **Planeamento estratégico:** ocupa-se das decisões básicas, que futuramente constituirão um marco de referência para os planeamentos mais detalhados (tático, operacional), de forma a atribuir coerência às decisões durante o período. Dessa forma, necessita e utiliza prazos mais alargados.

- **Planeamento tático:** focaliza-se nas técnicas de atribuição e distribuição de recursos e coordenação, preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões, estabelece os objetivos gerais e específicos. Relativamente ao horizonte temporal, insere-se no médio prazo.

- **Planeamento Operacional:** está associado aos níveis inferiores da organização, preocupando-se com atividades mais coerentes, logo, ocupa-se da gestão de operações,

direcionado para a gestão de recursos, no sentido de alcançar eficiência e otimização dos resultados. Relativamente ao horizonte temporal, insere-se no curto prazo.

1.1- ETAPAS DO PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 29), o Planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico que compreende três fases:

- **Elaboração do Plano:** (que inclui as etapas do Diagnóstico da Situação; Definição de Prioridades; Fixação de Objetivos; Seleção de Estratégias; Elaboração de Projetos e Programas e Preparação da Execução);

- **Execução;**

- **Avaliação.**

Cada etapa do Processo de Planeamento não pode nunca ser vista como concluída, pois na fase seguinte pode ter que se voltar atrás para recolher mais informações e refazê-la.

1.1.1 – Elaboração do Plano

O Plano de Saúde, segundo Durán (1989) é imprescindível para poder alcançar os objetivos de uma política de saúde, através do desenvolvimento de uma série de estratégias bem definidas, organizadas e coordenadas, de forma a, que as decisões dessa política de saúde sejam coerentes, viáveis e eficazes.

Tem como finalidades imediatas três grandes propósitos:

- “Propor uma solução para as necessidades insuficientemente cobertas da população;
- Propor o melhor investimento possível para os recursos excedentes obtidos e a mais eficiente gestão dos recursos actuais;
- Tornar mais eficientes as acções em curso.” (Durán, 1989: 104)

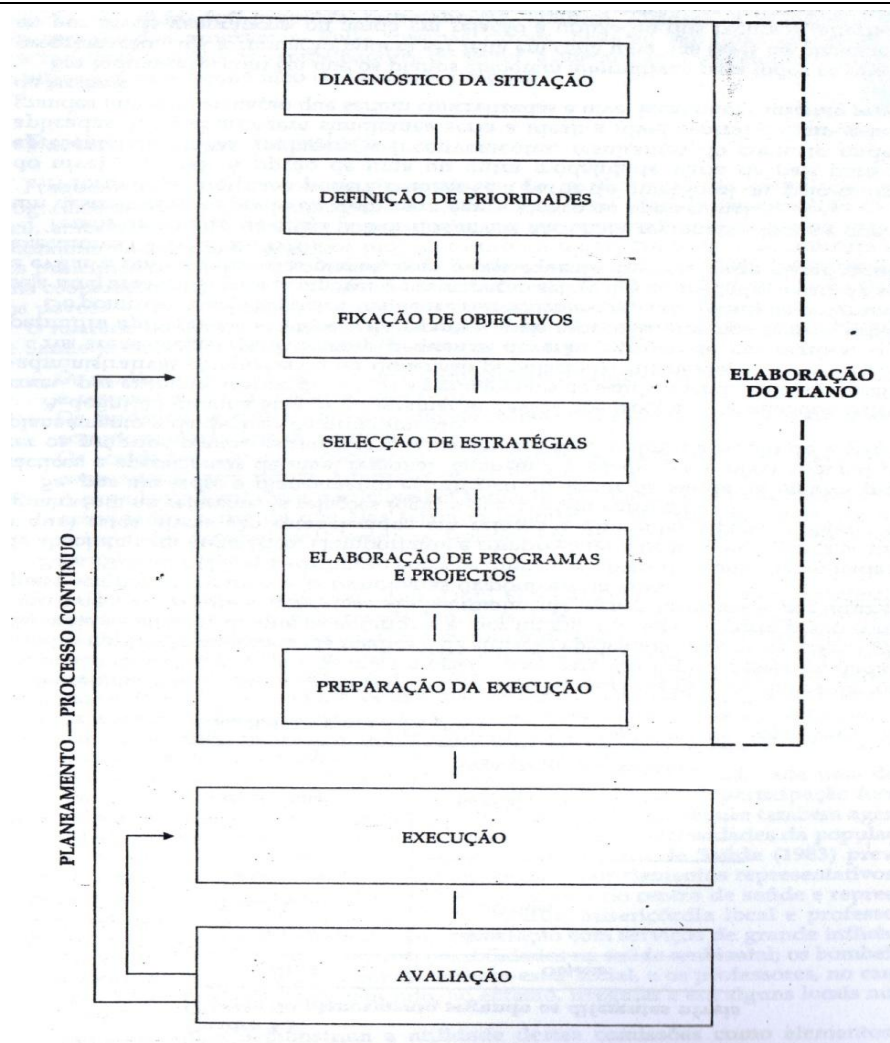


Figura n.º 1 – Etapas do processo de Planeamento em Saúde.
(Fonte: Imperatori & Giraldes, 1993: 29)

De seguida, são elucidadas as respetivas etapas para a elaboração de um Plano de Saúde.

Tendo por base Imperatori & Giraldes (1993) o **Diagnóstico da Situação** é primeiro passo para a elaboração do Planeamento em saúde.

“O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados” (Imperatori & Giraldes, 1993: 47).

Logo, é nesta fase, que se procede à identificação dos problemas, e determinação das necessidades da população.

O problema é então um condicionante deficitário, que põe em risco uma população.

Segundo o Conselho Económico e Social das Nações (1957, citado por Imperatori & Giraldes, 1993: 46) é necessário ter em conta o conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população pois,

“Esta não participará nos programas, a menos que obtenha o que necessita. Portanto, o primeiro dever dos responsáveis dos programas é o reconhecimento das necessidades que a população sente. Dever-se-á também ajudar a população a formar um juízo mais exacto de quais são as suas necessidades e da forma de as satisfazer. Por último, as populações deviam ser capazes de reconhecer as necessidades ainda não percebidas e de despertar nelas consciência sobre as mesmas e sobre a importância de as satisfazer.”

As necessidades da população podem ser de dois tipos:

- Reais: podem ser, ou não, sentidas pela população.
- Sentidas: podem ser expressas ou não expressas pela população.

Na fase de recolha e processamento de informação, recorre-se por vezes a indicadores de saúde.

Um indicador é uma medida quantitativa ou qualitativa, que permite determinar o resultado de políticas, ou seja, o grau de capacidade para atingir os objetivos fixados. Estes ajudam a analisar e comparar, o desempenho de grupos populacionais ou áreas geográficas, podendo ser úteis para definir as prioridades políticas. O Dicionário de Epidemiologia citado por Dias, Freitas e Briz (2007: 440) definem indicador de saúde como “uma variável que pode ser medida directamente e reflecte o estado de saúde das pessoas de uma comunidade”.

Os indicadores são utilizados para melhorar o conhecimento sobre determinantes de saúde, de forma a identificar lacunas que possam existir, e consequentemente, planear estratégias para a melhoria na gestão do Sistema de Saúde.

É de referir que, “um problema de saúde pode ser quantificado através de vários indicadores, que tentam traduzir a situação actual e a evolução desse problema.” (Imperatori & Giraldes 1993:79)

É importante ter em conta que, um correto diagnóstico depende sempre da qualidade e da quantidade de informação recolhida.

Mais uma vez, de acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 44) “ (...) a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades.”

Na segunda fase do Planeamento em Saúde (**Definição de Prioridades**), é efetuada a hierarquização dos problemas identificados na fase anterior, atendendo a critérios como a

magnitude de cada problema, a sua transcendência social e económica, bem como a sua vulnerabilidade.

Esta fase engloba duas dimensões:

- Temporal: porque as necessidades são recorrentes, logo há que satisfazer as necessidades do presente sem esquecer as necessidades futuras;
- Recursos: por ser impossível satisfazer as necessidades de todos, há que ter em conta quem são os mais carenciados.

Tendo sempre em atenção que, quanto mais recursos se mobilizarem nas prioridades presentes, menos poderão ser empregues nas prioridades futuras.

Na definição de prioridades é necessário ter em consideração dois aspetos:

- O horizonte do plano: refere-se ao tempo ou ao momento-limite que se prevê para a intervenção;
- A área de programação: baseia-se em estabelecer prioridades nacionais, regionais, distritais, etc.

Para além dos critérios já mencionados de hierarquização dos problemas, existem ainda outros como:

- Evolução: possibilidade de agravamento, estacionamento ou resolução espontânea de um problema;
- Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências: onde é dada prioridade ao que provoca estas situações;
- Conformidade legal: pois existe maior facilidade de resolução de problemas sobre os quais já tenham legislação favorável;
- Atitude da População: de acordo com o tipo de atitude (exemplo: receptividade ou insatisfação), assim será a facilidade em hierarquização de cada problema;
- Fatores económicos.

Tavares (1990, citado por Imperatori & Giraldes, 1993) menciona ainda como critérios de definição de prioridades, a gravidade do problema, o conhecimento da relação entre o problema e os fatores de risco, e ainda a exequibilidade tecnológica, deontológica ou económica.

Na terceira fase do Planeamento em Saúde (**Fixação de Objetivos**), pretende-se estabelecer objetivos a atingir para cada um dos problemas, num determinado período de

tempo. Segundo Imperatori & Giraldes (1993:77) nesta fase surgem quatro aspetos importantes:

- “A selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objectivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas”

É então aqui, que se procede à selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários, sendo o primeiro passo para a fixação de objetivos.

Os indicadores, de acordo com Imperatori & Giraldes (1993:77, 78) podem ser de dois tipos:

- Indicadores de resultado ou de impacte: “pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual do problema”;
- Indicadores de atividades ou de execução: “pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado”

Para determinar um indicador há que ter sempre “uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco.” (Imperatori & Giraldes 1993:77)

Após o processo de seleção dos indicadores, há que proceder à determinação da *tendência de um problema de saúde* que se baseia na “evolução natural do problema caso as condições actuais tecnológicas e outras, se mantenham.” É efetuada ainda a *projeção da tendência* que “é a determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural.” (Imperatori & Giraldes 1993:78)

Depois de todas estas etapas, procede-se finalmente à fixação do *objetivo de um problema de saúde*, que tem como função a alteração (em princípio) da tendência de evolução natural dos problemas definidos como prioritários.

Porém, devido à dificuldade em fixar objetivos e passar de objetivos complexos a específicos, há a possibilidade de se estabelecer um *objetivo operacional, ou meta* que “é o enunciado de um resultado desejável tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade” (Imperatori & Giraldes, 1993: 80).

Uma outra diferença entre *objetivo* e *objetivo operacional* ou *meta*, é relativo ao horizonte temporal da avaliação, pois enquanto um *objetivo* que assenta na evolução de indicadores de resultado ou impacte só é possível de ser avaliado a médio prazo (entre cinco a seis anos), a avaliação de um *objetivo operacional, ou meta* que assenta num indicador de atividade pode fazer-se anualmente.

A quarta etapa do Planeamento em Saúde (**Seleção de Estratégias**), traduz o meio através do qual os objetivos se cumprem. É uma fase de extrema importância, pois é através dela que advêm os processos mais adequados para minimizar os problemas de saúde prioritários.

Imperatori & Giraldes (1993:87), definem “estratégia de saúde como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo assim, um ou mais problemas de saúde.”

Mais uma vez, segundo Imperatori & Giraldes (1993:87) existem várias fases para a elaboração de estratégias:

- “Estabelecer os critérios de concepção das estratégias;
- Enumerar as modificações necessárias;
- Esboçar estratégias potenciais;
- Escolher as estratégias mais realizáveis;
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas;
- Estimar os custos das estratégias;
- Avaliar a adequação dos recursos futuros;
- Rever as estratégias e os objectivos (se necessário).”

A quinta etapa do Planeamento em Saúde é a primeira fase do Planeamento Operacional e consiste na **elaboração de programas ou projetos**. Estes são definidos por Imperatori & Giraldes (1993: 129), como:

- **Programa**: “o conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo”;
- **Projecto**: “actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.”

Desta forma, o que os distingue é que enquanto um programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, o projeto decorre num período de tempo delimitado.

Esta fase exige a “identificação do programa, os objectivos operacionais ou metas, a tecnologia e recursos do programa, o custo do programa e o seu financiamento. (...) as medidas políticas necessárias à execução do programa” Imperatori & Giraldes (1993: 131)

A sexta e última fase da elaboração do Plano (**Preparação da Execução**), apresenta uma elevada importância no que concerne ao êxito de um programa ou projeto. Está interligada com as fases anteriores e posteriores. De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 149) pretende-se com esta fase “mostrar as inter-relações entre as diferentes actividades, evitar

sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das actividades.”

Segundo Bainbridges e Sapirie (1975, citado por Imperatori & Giraldes, 1993: 149) “uma vez que os programas e projectos tenham sido elaborados, (...) haverá que especificar quando, onde e como as actividades que fazem parte do projecto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as administrar ou executar.” Logo, terão de ser definidos calendários de execução e cronogramas.

1.1.2 - Avaliação

Após a Execução do Planeamento em Saúde surge a última fase de todo este processo, a **Avaliação**, que apesar de ser a última, vai-se ligar com a fase inicial, a determinação do diagnóstico.

A sua função consiste em determinar o grau de sucesso no alcance dos objetivos.

Segundo Imperatori & Giraldes, (1993: 173) citando a Organização Mundial de Saúde (1978) [OMS] “ Uma avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma actividade em curso e planificar mais eficazmente.”

A avaliação, segundo estes autores, necessita da determinação cuidadosa das situações, por forma, a poder ter conclusões acertadas e propostas úteis.

Existem vários tipos de classificação de avaliações. De acordo com Palmer (1989, citado por Imperatori & Giraldes, 1993: 174,175), as avaliações são divididas em três categorias:

- retrospectivas: as mais frequentes;
- concomitantes: vantagem de poderem beneficiar o utente e o prestador;
- prospetivas: prevêem acontecimentos.

Segundo Wollast (1981, citado por Imperatori & Giraldes, 1993: 175) as avaliações deve ser classificadas em:

- Internas: visam determinar o bom funcionamento dos serviços, nelas entram aspetos como a produtividade, o rendimento e alguns problemas de qualidade;
- Externas: visam conhecer o impacte das atividades sobre a população, nestas entram aspetos de pertinência, eficácia e eficiência.

Porém, a classificação mais conhecidas é a de Donabedian (1980, citado por Imperatori & Giraldes, 1993: 176), que as distribui em:

- Da estrutura: onde entram aspetos como equipamento e instalações; organização e pessoal (incluindo número e tipo); fatores geográficos condicionantes;
- Do processo: onde entram aspetos de cobertura da deteção de casos; diagnóstico; tratamento; transferência de casos; coordenação e continuidade dos cuidados;
- Dos resultados: tais como satisfação do doente; consequências para a saúde (mortalidade, úlceras...);

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 176,177), citando OMS (1981),

“o processo de avaliação é composto pelos seguintes componentes:

- Definição do objeto da avaliação;
- Verificação da Pertinência;
- Apreciação da adequação;
- Exame dos progressos;
- Apreciação da eficiência, da eficácia e do impacto;
- Elaboração de conclusões e propostas com vista à acção futura.”

Em suma esta etapa do Planeamento em Saúde tem a finalidade de “melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar atividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece” (Imperatori & Giraldes, 1993: 174).

“Quando se prepara uma avaliação, é necessário pensar nas medidas de melhoria que eventualmente poderão ser tomadas, porque, se estas não são possíveis de introduzir, a avaliação terá sido inútil. (...) As conclusões de uma avaliação só são aplicáveis no contexto onde ela foi realizada.” (Imperatori & Giraldes, 1993: 183)

2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE

“A Promoção da Saúde apresenta uma visão holista da saúde” (Reis 2006)

O conceito de saúde e doença, como é do conhecimento geral, foi sofrendo alterações ao longo da história da civilização. O que se entende hoje por saúde e doença, deriva de um longo percurso, desde os sistemas de crenças, mitos e ritos mágicos e religiosos para explicar o aparecimento das doenças e da morte, até à prática médica diferenciada e às medidas sanitárias. Essa evolução não foi um processo continuado, mas sim um processo de “avanços e recuos dependentes do factor necessidade e da capacidade de iniciativa ou de interesse, condicionados pelas contingências da vida das sociedades (guerras, lutas, fome, epidemias, crises político-sociais, aproveitamento de novas descobertas, sentido de imitação) ”. (Ferreira 1990: 17, citado por Mendes, 2008: 9)

Na linha de pensamento de Mendes (2008: 10), ao ser analisado o conceito de saúde, principalmente os últimos séculos, verificamos como tem variado o conceito de saúde. Até ao século XIX, quando ainda não eram conhecidas as causas de muitas patologias e os médicos dispunham de meios limitados para curar essas patologias, o conceito de saúde e doença eram restritos a “boa ou má sorte, numa atitude fatalista”. Os serviços de saúde estavam estruturados apenas, para responder às necessidades da população em termos da patologia. Sendo assim, o conceito de saúde era entendido com uma conotação negativa como “ausência de doença”.

Depois da Segunda Guerra Mundial, com toda a evolução científica que surgiu, foi possível identificar novos agentes patogénicos, e evoluir em termos dos diagnósticos, das técnicas cirúrgicas, bem como, dos fármacos. Todo este desenvolvimento que afetou a área da saúde, veio também afetar a sociedade no seu todo. Assim, a possibilidade de usufruir de todos este desenvolvimento no seu quotidiano, veio permitir o acesso mais facilitado à informação, aumentando os conhecimentos das populações em vários domínios, que até então eram exclusivo dos indivíduos ricos. Era agora legítimo ter uma vida melhor, quer individual, quer familiar. Os aspetos psicológicos e sociais, começam a agregar-se aos físicos e biológicos, pois são igualmente reconhecidos como causas de doenças. A medicina social ganha assim cada vez mais relevo, analisando a doença de uma forma global, desde o

indivíduo, ao ambiente envolvente. O saneamento básico (água, esgotos e lixo) adquire então um valor cada vez mais importante e cria-se a OMS (1946), que atribui um significado revolucionário do conceito de saúde: “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Segundo Reis (2002: 2, citado por Mendes 2008: 10) esta definição “era o abandonar do conceito de saúde pela negativa, em vigor até à data (...) Era o abandonar do modelo biomédico de causalidade de doença (...)”.

Desta forma, o conceito de Promoção da Saúde, surge como resposta às necessidades sanitárias desta época. Pressupõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre os determinantes da saúde. (Sicoli & Nascimento, 2003)

De acordo com Ferreira (1990 b, citado por Mendes 2008: 10):

“este aspecto positivo da definição da OMS precisa de ser concretizado, na prática, em esquemas de promoção da saúde, por meios efectivos de vigilância médica e paramédica e da aplicação de cuidados e conhecimentos que são do domínio da hereditariedade, da higiene do indivíduo e do meio, da medicina preventiva e da educação. Tais tarefas exigem, naturalmente a organização de serviços apropriados e de diversa especialização, que só um esforço colectivo da sociedade pode realizar.”

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo médico Henry Sigerist que “definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação.” (Pereira et al., 2000, citado por Sicoli & Nascimento, 2003)

Porém, o conceito de Promoção da Saúde só emerge realmente com o Relatório Lalonde (1974), que foi produzido pelo Ministério de Bem Estar e Saúde do Canadá, e que teve como eixo central de intervenção, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, dando prioridade a medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida. Este documento “concretiza-se na produção de um modelo que inter-relaciona quatro grupos explicativos do fenómeno saúde/doença: ambiente (natural e social), estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde), biologia humana (genética e função humana) e organização dos serviços de saúde” (Relatório Lalonde, 1974, citado por Carvalho 2004: 1090)

Ou seja, este modelo assentava em quatro determinantes da saúde e que de acordo com Pereira (1987, citado por Mendes 2008: 14)

“para o tratamento da doença bem como para a promoção da saúde é importante considerar todos “os determinantes” envolvidos na saúde como na doença, determinantes esses que são, entre outros, as crenças, preconceitos e saberes que cada cultura aceita e transmite.”

A Promoção da Saúde começa então a ganhar destaque, ao nível da Saúde Pública, por ser uma das principais linhas de atuação da OMS, despoletando a criação de políticas de saúde em vários países. (Carvalho 2004)

Assim, com o desenrolar de políticas de saúde, que decorreram nos últimos anos do século XX, surgiram acontecimentos de nível internacional, como a Conferência de Alma-Ata em 1978, que estabeleceu a meta “saúde para todos no ano 2000” e a Conferência de Ottawa em 1986, que mais uma vez contribuíram para avanços e mudanças nas comunidades e ao nível dos sistemas de saúde, dando ênfase aos cuidados de saúde primários e à importância da promoção da saúde. (Carvalho, 2004)

Em linha de continuidade com **Alma-Ata (Cazaquistão)**, esta foi a 1ª conferência internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, organizada pela OMS e ocorreu a 12 de Setembro de 1978.

Nesta conferência a saúde passou a ser um direito de todo o ser humano e uma preocupação de todos os países (Martins, 2005).

Constituiu-se como uma orientação para a política de saúde, onde reconheceu que a saúde é um objetivo social de primeira importância. Abrangeu os determinantes socioeconómicos e socioculturais na saúde de todos os povos e responsabilizou os governos pela saúde das populações, de forma, a que incrementassem medidas sanitárias e sociais adequadas. (Portal da Saúde Pública: Declaração de Alma-Ata, 1978)

Apelou ao envolvimento de todos os indivíduos, à cooperação entre os vários setores da sociedade para participarem individual e coletivamente, na promoção e proteção da saúde, de forma a aumentar a qualidade de vida e a paz mundial. (Carvalho, 2012)

Considerou os Cuidados de Saúde Primários como “o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde.” Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, proporcionam-se serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação. (Portal da Saúde Pública: Declaração de Alma-Ata, 1978)

Em 1986, surge a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, inspirada nos princípios da Declaração de Alma-Ata, sobre Cuidados de Saúde Primários. Esta ocorreu entre 17 e 21 de Novembro em Ottawa, no Canadá, da qual se aprova a **Carta de Ottawa (1986)**.

É através desta conferência que o conceito de Promoção para a Saúde ganha importância. A Promoção da Saúde é vista como o processo de capacitação das populações, para melhorar a própria saúde e a sua qualidade de vida. É aqui que aparece o conceito de empoderamento,

em que através de um conjunto de capacidades inerentes ao indivíduo/comunidade estes têm responsabilidades em assumir uma sociedade mais equitativa.

Desta forma, a “saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida” (Portal da Saúde Pública: Carta de Ottawa, 1968:1)

Esta carta reconhece como determinantes da saúde:

- “paz;
- abrigo;
- educação;
- alimentação,
- recursos económicos;
- ecossistema estável;
- recursos sustentáveis;
- justiça social;
- equidade.” (Portal da Saúde Pública: Carta de Ottawa, 1968:1)

Apresenta como pré-requisitos para a saúde:

- **Advogar:** existem fatores que podem ser favoráveis ou nocivos à saúde do indivíduo/comunidade, como tal promoção da saúde, por meio da advocacia da saúde, visa tornar estes fatores favoráveis à saúde.

- **Capacitar:** “a promoção da saúde centra-se na procura da equidade em saúde.” Para tal, torna-se necessário capacitar as pessoas através da Promoção da Saúde para poderem ter opções saudáveis e poderem alcançar a completa realização do seu potencial de saúde.

- **Mediar:** A Promoção da Saúde requer a responsabilização e uma acção coordenada todos os intervenientes desde governos, sectores da saúde, social e económico, organizações não-governamentais e de voluntários, autarquias, empresas, comunicação social, bem como de toda a comunidade em geral. Todas as estratégias e programas de promoção da saúde devem ter em conta as necessidades de cada população, considerados os diferentes sistemas sociais, culturais e económicos.

A Carta de Ottawa instiga ainda o uso de estratégias diversas, identificando cinco amplas áreas para a prática da promoção da saúde:

- Construir políticas Saudáveis;
- Criar ambientes favoráveis;
- Reforçar a ação comunitária - Empowerment;
- Desenvolver competências pessoais;
- Reorientar os serviços de saúde.

Esta Conferência apela a todos para que se aliem ao compromisso de uma saúde pública equitativa, com o intuito de tornar real o objetivo da “Saúde para Todos no Ano 2000”. (Portal da Saúde Pública: Carta de Ottawa, 1968)

As Conferências de Alma-Ata e Ottawa foram um marco importante na Promoção da Saúde, e serviram de base para conferências internacionais ocorridas posteriormente, tais como: Conferência de Adelaide em 1988; Sundsvall em 1991; Jacarta em 1997; México em 2000; Bangucoque em 2005 e Nairobi em 2009.

2.1. – CONCEITO

A Promoção da Saúde vem expressa em Diário da República na Lei n.º 48/90, de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde, na alínea a), do n.º 1, da Base II:

“A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado” (Assembleia da República, 1990: 3452)

Na alínea h) é referido que “É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual.” (Assembleia da República, 1990: 3453)

De acordo com Candeias (2007) o conceito de Promoção da Saúde, é por vezes confundido com o termo Educação para a Saúde, porém, estas distorções conceituais ocorrem mais nos países em desenvolvimento. Isso, tem afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de Saúde Pública, pois ambos procuram obter melhores níveis de saúde da população.

Surge então, a necessidade de clarificar estes os dois conceitos para se poder distinguir com domínio e clareza, tipos de programas, de atividades e de procedimentos, que passam a ser melhor caracterizados por propostas que, dependendo das circunstâncias, poderão ser de ordem educacional ou promocional.

Seguem-se então algumas definições encontradas:

● **Promoção da Saúde:**

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio.” (Carta de Ottawa, 1986)

“Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.” (Candeias, 1997: 210)

A promoção da Saúde é “a ciência e a arte de ajudar as pessoas a mudar o seu estilo de vida rumo a um equilíbrio entre a saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual. A mudança no estilo de vida pode ser facilitada pela combinação de esforços que promovam a mudança comportamental e que criem ambientes que promovam boas práticas de saúde”. (*American Journal of Health Promotion*, 1989,3,3,5, citado por Reis, 2006)

A promoção da saúde visa “melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social” (Frank-Stromborg, M et al: 1998, citado por Martins, 2005:6).

A promoção da saúde “é uma intervenção conjunta e integrada sobre o indivíduo e o meio envolvente em que em nasce, cresce, vive, respira, trabalha, consome e se relaciona” (GRAÇA, 2000: 77, citada por Martins 2005: 6)

“a promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais e acções e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os factores determinantes desta” (Green 1999, citado por Martins 2005: 7)

“A promoção da saúde é o processo de capacitação de pessoas para controlar os determinantes da saúde, e assim melhorarem a sua saúde.” (Portal da Saúde Pública: Carta de Banguécoque, 2005)

“A promoção da saúde (...) Mais do que uma actividade é uma estratégia bem definida que, através de programas educacionais visa a “melhoria dos estilos de vida individuais, influenciando escolhas pessoais realizadas num contexto social” (FRANK-STROMBORG, M et al: 1998, citado por Martins 2005: 7)

“A promoção da Saúde inclui principalmente as acções e a advocacia destinada a abordar todos os determinantes de saúde potencialmente modificáveis, não apenas aquelas relacionadas com as acções dos indivíduos, como os comportamentos e estilos de vida saudáveis, mas também com determinantes como os rendimentos e *status* social, educação, emprego e condições de trabalho, acesso a saneamento adequado e ambientes físicos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 15)

● **Educação para a Saúde:**

“Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde.” (Candeias, 1997: 210)

“a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade” (Candeias, 1997: 210)

“a EpS deve ser um processo holístico, porque pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adoptar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte” (Carcel, 2000, citado por Carvalho & Carvalho, 2006: 14)

“A Educação para a Saúde remete para a criação de oportunidades de aprendizagem, incluindo conhecimento e desenvolvimento de competências que conduzam à saúde individual e da comunidade.” (Reis, 2006)

“educar para a saúde significa intervir na cultura dos indivíduos, quer dizer, sobre os seus conhecimentos, seus valores, suas crenças, sentimentos e comportamentos.” (Duarte, 1998:11)

“A educação para a saúde inclui as oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade. (...) aborda não apenas a transmissão de informações, mas também a promoção motivação, as competências pessoais e auto-estima, necessárias para abordar medidas destinadas a melhorar a saúde (...) inclui não só informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais (...) factores de risco e comportamentos de risco, além da utilização do sistema de saúde (...) envolve o fornecimento de informações e desenvolvimento de competências pessoais que demonstrem a viabilidade política e possibilidades organizativas das várias formas de actuação para a consecução de mudanças sociais, económicas e ambientais que favoreçam a saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011: 15)

“Participar no processo de EpS é também criar marcadores-somáticos, que ajudem as pessoas a tomar decisões racionais saudáveis, que lhe forneçam “empowerment”. Mais, ainda, é ajudar essas pessoas a reconhecer os seus próprios marcadores-somáticos, já

instalados pelo processo educativo, para que os possam alterar, caso não sejam os mais adequados à promoção da sua saúde.”(Carvalho & Carvalho, 2006: 16)

De acordo com as várias citações supracitadas, pode-se verificar que a EpS é apenas um instrumento, nomeadamente o instrumento principal, para alcançar aquilo que a Promoção da Saúde pretende atingir, ou seja os seus objetivos.

A Promoção da Saúde, preocupa-se desde os aspetos relacionados com o estilo de vida da pessoa, até aos aspetos relacionados com a educação, as condições de trabalho e o ambiente físico e social. Para conseguir atingir os objetivos da Promoção da Saúde, torna-se necessário formular estratégias, que podem dirigir-se a uma comunidade, família, grupo específico ou mesmo só a um indivíduo. Qualquer tipo de estratégias tem vantagens e desvantagens. Assim, um programa de Promoção da Saúde que seja centrado num só indivíduo pode ter 100% de eficácia, mas deixa de fora toda uma população. Por outro lado, uma ação dirigida a um país inteiro, não conseguirá ser eficaz para todos os indivíduos. Desta forma, o sucesso da Promoção da Saúde deve recair na criação de programas bem planeados, destinados a grupos de dimensões médias e com características semelhantes, como, por exemplo, jovens, grávidas, homens com mais de 50 anos. (Reis, 2006)

Nutbeam (1999, citado por União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde / Oficina Regional Latino-Americana [UIPES/ORLA]: 3) caracteriza “a promoção da saúde eficaz como aquela que conduz a mudanças nos determinantes da saúde.”

Duarte (1998: 12) menciona que “(...) somente partindo das crenças de cada grupo é que se poderá construir um plano visando a promoção da saúde, tanto mais eficaz quando mais as políticas de saúde assentarem nos saberes das pessoas ditas comuns, não se reduzindo à concepção de saúde e de doença do paradigma dominante.”

De acordo com Reis (2006) os profissionais promotores da saúde que trabalham nas áreas de promoção da Saúde tendo por base a Carta de Ottawa, devem ter como princípios:

- A Comunicação de Saúde: uso de técnicas de comunicação que influenciem positivamente os indivíduos, populações e organizações, visando a promoção de condições para a saúde humana e ambiental;
- A Educação para a Saúde: com a criação de oportunidades de aprendizagem (conhecimento e desenvolvimento de competências) que conduzam à saúde individual e da comunidade;

- A Mudança Organizacional: visa atuar em locais como escolas, locais de trabalho (empresas, hospitais, universidades...) com o objetivo de criar ambientes que facilitem as escolhas saudáveis;
- A mobilização e envolvimento da comunidade: visa o aumento do controlo sobre os determinantes de saúde;
- O Desenvolvimento de Políticas: através da criação de medidas legislativas reguladoras que protejam a saúde das comunidades, facilitando as escolhas saudáveis por parte dos indivíduos.

Estas estratégias, e os objetivos que visam alcançar em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, vão funcionar como base para a criação de programas, permitindo planear, implementar e avaliar ações, campanhas e projetos em diversas áreas e com diversos públicos-alvo. (Reis,2006)

Existe também por vezes confusões entre os conceitos de Promoção e Prevenção, mas

“A principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção, a saúde é vista simplesmente como ausência de doenças, enquanto na promoção a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional, originando, assim, um modelo participativo de saúde, em oposição ao modelo médico de intervenção.” (Correia, 2013)

A Promoção da Saúde é assim “o grande trabalho dos profissionais de saúde, e o primeiro desafio dos enfermeiros.” (Martins, 2005: 10)

2.2 – TEORIA DA APRENDIZAGEM SOCIAL DE BANDURA

Existem várias teorias/modelos que explicam o comportamento humano, e têm por base as ciências sociais, a psicologia, sociologia entre outras ciências. É através destas teorias que se consegue assegurar uma correta abordagem na área da Promoção e EpS, pois proporcionam um enquadramento para a prática, através do qual podemos analisar, planear, implementar e avaliar as intervenções. Porém, não existe uma teoria exclusiva da área da Promoção e EpS. Deste modo, tendo em conta o contexto do estudo e as características da população, assim se escolhe a teoria mais adequada àquilo que se pretende estudar.

Como tal, a Teoria da Aprendizagem Social, formulada por Bandura em 1977 foi o referencial teórico que mais se adequou a este projeto.

Albert Bandura, de origem canadense, doutor em psicologia social, criou a Teoria da Aprendizagem Social, que passou a chamar-se mais tarde de Teoria Social Cognitiva. (Resenha de Bandura, Azzi, & Polydoro, 2008, citado por Freitas e Dias, 2010)

Esta teoria “é, sem dúvida alguma, um dos aportes teóricos mais importantes na ciência do comportamento, cujos princípios sustentam, em grande parte, as metodologias de avaliação e de intervenção na área das habilidades sociais.” (Saldaña, Prette & Prette, 2002: 273)

Esta teoria faz referência a uma aprendizagem interpessoal, em que o sujeito (o observador) aprende observando os comportamentos realizados por outro indivíduo (modelo). (Saldaña, et al., 2002: 274)

Bandura coloca assim em dúvida que a maioria da aprendizagem ocorre pelo condicionamento clássico e operante. Defende que, a personalidade é constituída, fundamentalmente, pelo conjunto de aprendizagens que ocorrem ao longo da vida, concretamente as que resultam das interações sociais. O ser humano aprende não só pela experiência direta (condicionamento clássico e operante), como também, pela observação dos outros indivíduos ou pela forma como estes realizam esses comportamentos, ou seja, pelo que acontece aos outros indivíduos quando agem no meio social e físico (**modelação ou modelagem**).

Considera o funcionamento psicológico como uma interação recíproca e contínua entre as influências comportamentais, cognitivas e ambientais.

Embora Bandura concordasse com a possibilidade de o comportamento ser mudado através de um “reforço”, sugeriu e demonstrou também, na prática, a capacidade de os indivíduos aprenderem quase todos os tipos de comportamento sem terem de receber diretamente qualquer reforço. (Resenha de Bandura et al., 2008, citado por Freitas e Dias, 2010)

Ou seja, é a observação que é a determinante na aprendizagem conducente ao desenvolvimento. (Abrunhosa & Leitão, 1990)

Assim, ao observar os outros, pode-se aprender o que eles desempenham, sem ter de realizar esses comportamentos ou receber reforço para eles - **aprendizagem vicária ou observacional**. (Saldaña, et al., 2002)

Na aprendizagem vicária encontram-se explícitos os seguintes aspetos:

“- “de atenção”: específica, para discriminar indícios relevantes ou irrelevantes do comportamento do modelo; “de retenção”, que permitem manter por longo tempo na memória os comportamentos modelados; “de reprodução motora”, indispensável para colocar em ação

as respostas aprendidas e, por último, “os motivacionais”, que impelem à prática do que foi aprendido. (Saldaña, et al., 2002: 274)

É também referida a auto-eficácia (em que o indivíduo acredita nas próprias capacidades de aprendizagem). Assim pessoas com auto-eficácia elevada acreditam que conseguem lidar com todo o tipo de situações. Por outro lado, as pessoas com baixa auto-eficácia sentem-se incapazes de conseguir realizar algo.

O ser humano é capaz de controlar o próprio comportamento, antecipando e avaliando as consequências do que observa nos outros indivíduos, mesmo não passando pela mesma experiência, fazendo uma opção consciente de agir ou não da mesma forma. (Resenha de Bandura et al., 2008, citado por Freitas e Dias, 2010)

Ou seja, isto é muito importante em termos de Promoção da Saúde, principalmente ao nível dos jovens, pois pode-lhes ser transmitida informação, através da EpS, sobre as consequências negativas do que acontece com determinados comportamentos, que os pode capacitar para agirem de forma diferente, correta e consciente.

Bandura refere ainda que o ser humano pode-se valer da intuição, perceção retrospectiva e previsão para interpretar a sua experiência pessoal e a dos outros. (Bandura, 1971, citado por Saldaña, et al., 2002: 275)

"O aprendizado seria excessivamente trabalhoso, para não mencionar perigosos, se as pessoas dependessem somente dos efeitos de suas próprias ações para informá-las sobre o que fazer. Por sorte, a maior parte do comportamento humano é aprendida pela observação através da modelagem. Pela observação dos outros, uma pessoa forma uma ideia de como novos comportamentos são executados e, em ocasiões posteriores, esta informação codificada serve como um guia para a ação." (Bandura, 1977, p22, citado por Resenha de Bandura, 2008: 2).

As aprendizagens de determinados comportamentos, são ainda influenciadas e moldadas por fatores afetivos do modelo (exemplo: os pais) e com a semelhança de características com o indivíduo (exemplo: sexo, idade), por meio da imitação, o que ocorre tanto para os comportamentos verbais como não-verbais. Ou seja, geralmente os modelos são as pessoas mais significativas, e as que têm características semelhantes às do sujeito. Existe também a propensão do indivíduo se deixar impressionar por modelos de prestígio e de *status* superiores. (Resenha de Bandura et al., 2008, citado por Freitas e Dias, 2010)

Como tal, muitas vezes a mensagem que passa através dos Mídias, determina o comportamento dos indivíduos, principalmente dos jovens que são facilmente influenciáveis.

Assim, os modelos que habitualmente são imitados podem ser de três tipos:

- Da vida real (pais, professores, amigos);

- Simbólicos (instruções orais e escritas);
- Representativos (meios audiovisuais, Mídias)

Nesta teoria da Aprendizagem Social, o “indivíduo é um ser social por natureza, sendo influenciado por uma série de fatores sociais que favorecem a emissão de determinados padrões de comportamento e podem inibir aqueles que são mais relevantes para o desenvolvimento adaptativo” (Saldaña, et al., 2002: 275)

Desta forma, existem três efeitos que os modelos podem produzir:

- Efeito modelador: Aquisição de novos comportamentos;
- Efeito desinibidor: em que a observação de um modelo tanto pode fortalecer como enfraquecer as respostas inibitórias do comportamento já observado anteriormente;
- Efeito aliciador: é um efeito que combina respostas que já fazem parte do repertório do indivíduo, com respostas observadas no momento.

As habilidades sociais são assim influenciadas pelas características sociais, económicas e culturais em que se desenvolvem. (Saldaña, et al., 2002)

Bandura defende que “a maior parte dos determinantes do comportamento humano pode ser localizada na relação dialética e contínua que existe entre o indivíduo e seu entorno” (Saldaña, et al., 2002: 276)

Ou seja, no que concerne à família, esta influencia o comportamento dos filhos através da aprendizagem observacional. Como tal, a presença de certos tipos de inabilidades na família, que podem estar vinculados a comportamentos como dificuldades de aprendizagem, a ingestão de drogas, a agressão e comportamentos antissociais em geral, podem constituir-se como desencadeantes de problemas comportamentais nos jovens, formando um círculo de “causas” e “efeitos”. (Saldaña, et al., 2002: 277)

Assim, também “a carência de habilidades sociais pode ser considerada como um fator de risco para comportamentos nocivos para a saúde, tais como comportamentos aditivos.” (Rios, Frias & Rodrigues, 1998, citado por Saldaña, et al., 2002: 278)

Logo, parte-se do princípio que o indivíduo aprende a comportar-se bem, da mesma maneira que aprende a comportar-se mal. Depende dos modelos a que está submetido e da sua influência para seu comportamento.

Isto remete-nos para o facto de que observando o comportamento dos outros e as consequências que esse comportamento teve para o sujeito, assim somos levados ou não a imitar esses comportamentos.

Em termos globais, Bandura considera três processos na observação de comportamentos:

- Processos vicariantes: estão relacionados com a observação do comportamento dos outros e das consequências que resultam da emissão desses comportamentos;
- Processos simbólicos: permitem analisar e preservar as experiências observadas sob uma forma representacional;
- Processos auto-reguladores: são processos de seleção, organização e transformação dos estímulos que atingem/afetam o indivíduo. Tem a ver com o controlo que o indivíduo exerce sobre o seu comportamento. Não se imitam todos os indivíduos nem todos os comportamentos que se observam;

3 – ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Os enfermeiros são um grupo profissional muito importante nos serviços de saúde. Ao nível do nosso país, a enfermagem é atualmente reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nestes últimos anos. (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001)

A Enfermagem Comunitária, que emerge das práticas de caridade cristã, apresenta hoje uma grande evolução.

De acordo com Collière (1999, citado por Rodrigues, 2013) a sua origem remonta a Idade Média, tendo-se desenvolvido devido ao crescimento urbanístico e à expansão do comércio. O trabalho das diocesanas consistia assim, na prestação de cuidados ao domicílio, a viúvas, pobres e doentes.

Segundo Rodrigues (2013), entre 1983 e 2002 ocorreram grandes mudanças para os enfermeiros comunitários. Estas mudanças devem-se, por um lado aos grandes avanços na formação de Enfermagem, através do reconhecimento social da profissão com a criação da Ordem dos Enfermeiros [OE], e por outro às dificuldades sentidas perante as constantes e significativas alterações que ocorreram nos Cuidados de Saúde Primários [CSP].

Simultaneamente, estamos num período em que a comunidade vai tomando consciência das suas responsabilidades em saúde e que reivindica o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos. Com isto, os profissionais de saúde vêm-se confrontados com novos desafios relativos à sua capacidade de intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Evidências internacionais dão relevo à importância da Enfermagem na saúde coletiva, tanto nos centros de saúde, como no domicílio ou na comunidade. O enfermeiro tem hoje a possibilidade de atuar de forma autónoma e criativa, quer através da educação para a saúde, quer na promoção, prevenção e até reabilitação da saúde dos indivíduos. (Backes, Backes, Erdmann, & Büscher, 2010)

A Enfermagem Comunitária tem assim o seu foco no centro de saúde, no domicílio/comunidade. A sua ação é bastante ampliada, e é através dela que se podem incentivar os indivíduos/comunidades a participarem nos assuntos da saúde. Nesse sentido, pode haver uma maior integração entre o serviço e a comunidade, conforme o trabalho educativo que é investido. (Monteiro & Ferriani, 2000)

Neste sentido, o papel da Enfermagem Comunitária é ampliado pela estratégia da OMS de “saúde para todos”, com o intuito de alcançar níveis cada vez mais amplos de saúde e favorecer ao ser humano uma vida social e economicamente produtiva e com qualidade. (Backes et al., 2010)

É através da Enfermagem Comunitária que se exercem valiosas atividades de Promoção e Prevenção.

Na Enfermagem Comunitária há que ter a compreensão do coletivo, ou seja, a apreensão do individual no seu contexto de práticas sociais. Logo, significa reconhecer o indivíduo (ser individual), como um ser social em constante interação com os outros e o meio envolvente, que “transforma e é transformado continuamente por meio das relações e interações tornando-se protagonista e autor do processo de saúde-doença em seu contexto real e concreto” (Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC, 2001, citado por Backes et al., 2010: 224)

Tal como refere Adam (1994: 145):

“As enfermeiras, que se interessam pela saúde comunitária têm razão ao afirmar que o hospital faz parte da comunidade: o indivíduo hospitalizado continua a ser um membro da sua família e da comunidade, regressando ao meio de onde veio. (...) a conservação e a melhoria da saúde, bem como a prevenção dos problemas com ela relacionados têm, por vezes, menos lugar no hospital do que fora dele.”

Ou seja, é atualmente aceite que é ao nível dos Cuidados de Saúde Primários que a integração das atividades de aconselhamento, promoção e prevenção constituem uma estratégia fundamental para a melhoria da saúde da comunidade.

Os avanços dos modelos conceptuais, permitem aos técnicos de saúde, perceber o processo de adoção de comportamentos relacionados com a saúde, e logo, os determinantes em que podem exercer a sua influência. (Grupo de Eucación Sanitária y Promoción de la Salud [ESPS], 2001)

Deste modo, e de acordo com Martins (2011:37) “o enfermeiro especialista que presta cuidados na comunidade, fruto do seu conhecimento e experiencia clínica assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.” Como tal, “intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010:1)

Assim, o enfermeiro especialista consegue ter elevada capacidade para conseguir dar resposta às necessidades dos clientes, sejam eles indivíduos, grupos ou comunidades,

proporcionando efetivos ganhos em saúde, através do desenvolvimento de projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades.

Desta forma, são os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária que têm especial papel no que concerne à Promoção da Saúde, pois são eles que estão no seio da comunidade, possuindo conhecimento aprofundado sobre comportamentos, hábitos e crenças da mesma.

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais. Desta forma, Promover a participação e o *empowerment* dos indivíduos é um dos objectivos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016. (Ferreira, 2010)

Segundo a Conferência de Nairbi (2009, citado por Carvalho, 2012), as ações na área da saúde, tendo por base o processo de empoderamento devem ter em conta as necessidades de saúde, culturais e sociais dos indivíduos. Como tal, é dever do Enfermeiro Especialista promover o empoderamento quer individual quer comunitário.

Desta forma, “no empoderamento individual, a aprendizagem em saúde é fundamental, pois proporciona os meios através dos quais o indivíduo efetua a escolha de comportamentos saudáveis.” (Carvalho, 2012: 22)

Este autor refere que, no empoderamento comunitário, tem de existir uma conjugação de esforços, quer dos profissionais de saúde, do poder político local, regional e nacional e da própria população para conseguir colocar em prática uma intervenção ou defender uma mudança social ou até política.

O processo de empoderamento vai contribuir para ajudar os indivíduos a terem escolhas mais saudáveis, controlando os determinantes da saúde, e como tal, conseguirem aumentar a sua qualidade de vida. Porém esse processo só é viável através da Promoção da Saúde.

Verifica-se cada vez mais como objetivos, das equipas de saúde ao nível da comunidade, incorporar a alteração de estilos de vida, facilitando e estimulando mudanças voluntárias de comportamentos, para opções mais saudáveis. (Grupo ESPS, 2001)

Ou seja, “*Enfermagem comunitária* é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade (...) é um serviço centrado em famílias, que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde até onde forem capazes de o fazerem.” (Correia et al., 2001:76)

A sua prática é de complementaridade com a prática dos outros profissionais da equipa multidisciplinar e parceiros da comunidade, onde há a responsabilidade de identificar as necessidades dos indivíduos, suas famílias e grupos de determinada área geográfica e a

responsabilidade de assegurar a continuidade dos cuidados, através de todas as articulações necessárias.

Esta prática assenta em algumas características, como:

- Foco em populações que vivem em comunidade;
- Uso de estratégias para a promoção e manutenção de estilos/comportamentos saudáveis e prevenção da doença da população, apoiando-se na informação em saúde e no seu contributo para a melhoria da qualidade de vida;
- Uso de estratégias que têm, em conta o contexto sociopolítico em que se inserem;
- Participação em estudos de carácter epidemiológico e outros que aspirem a resolução dos problemas de saúde da comunidade. (Correia et al., 2001)

“Os enfermeiros comunitários devem estabelecer programas e dinamizar atividades que conduzam a uma responsabilização das escolhas e à formação dos adolescentes no que respeita à promoção da Saúde.” (Ribeiro & Batanete, 2005:10)

Através da Saúde Escolar, procura-se com a EpS, estimular o desenvolvimento de ações, com base nas necessidades da comunidade (nomeadamente a comunidade escolar), envolvendo a participação de todos os seus elementos na definição de prioridades e estratégias, que permitam alcançar soluções e encaminhar para uma vida mais saudável. (DGS, 2006a, citado por Fontes, 2007).

O trabalho do enfermeiro especialista no âmbito, da Promoção e da EpS é fundamental no trabalho com populações vulneráveis, como é o caso dos adolescentes, uma vez que, capacita os mesmos a serem capazes de tomar decisões saudáveis, e com isso contribuir para aumentar a qualidade do seu estado de saúde.

4 – ADOLESCÊNCIA

A palavra adolescência deriva do latim “adolescere” que significa “fazer-se homem/mulher” ou “crescer na maturidade” (Muuss, 1976, citado por Ferreira e Nelas, 2006: 142)

No decorrer dos tempos foram várias as tentativas para explicar a adolescência, das quais resultam várias teorias.

Atualmente a temática adolescência tem despertado, cada vez mais interesse, para vários estudos. Estes têm sido importantes para levar aos pais/ educadores e profissionais um conhecimento mais técnico sobre esta temática, capacitando-os para lidarem com os adolescentes de modo mais eficaz e competente.(Bock, 2007)

É uma fase especial no processo do desenvolvimento humano, “...um modo de vida entre a infância e a vida adulta” marcada pela confusão de papéis e pela dificuldade em estabelecer uma identidade própria. (Erickson, 1976, citado por Bock, 2007: 64)

Ou seja, é a etapa que decorre entre o período da infância onde se depende dos adultos, e o período de autonomia social e económica, onde se começa a ser adulto.

“Este estágio de desenvolvimento caracteriza-se pelas amizades entre os adolescentes da mesma idade, pelo avanço cognitivo com a presença do pensamento relativista e pela construção de um mundo interior de padrões emergentes, em conjunto com a família e amigos” (Brazelton & Greennspace, 2002, citado por Fontes, 2007:59)

A OMS, definiu a adolescência, como a fase entre os 10 e os 19 anos, caracterizado pelo desenvolvimento físico, mental e emocional (OMS 2011, citado por Rocha et al., 2013)

Embora o seu início seja estabelecido pelas mudanças físicas da puberdade, o seu término é difícil definir, devido às mudanças psicológicas, intelectuais e sociais. (Rocha et al., 2013)

Ou seja, esta fase inicia-se com as mudanças biológicas da puberdade e que são visíveis no aspeto físico, porém são as mudanças menos visíveis que mais vão alterar a maturidade e tornar o adolescente num indivíduo adulto.

Esta fase, é assim a busca das descobertas, caracterizada pelo conflito entre o ser-se dependente e a vontade de alcançar a independência, pelo que a torna num período de elevada importância na identidade do indivíduo. (Rocha et al., 2013)

É nesta fase que o adolescente define a sua identidade sexual, a sua personalidade, bem como os papéis que vai desempenhar na sociedade.

Para Zagury (1996, citado por Bock, 2007: 72) todos os adolescentes apresentam as seguintes características: “desenvolvimento físico, intelectual e afetivo, amadurecimento sexual, mudanças sociais, tendência à imitação, tendência a buscar novas respostas, onipotência pubertária, grande apetite, insegurança, busca de identidade, confusão, medo, preocupação social, sonho, contradição, serenidade, instabilidade, emoções contraditórias e sentem-se imortais.”

Esta etapa de vida do indivíduo, repercute-se em toda a sua envolvimento, desde a família, à própria comunidade.

Tendo por base David Levinsky (1995, citado por Bock, 2007: 64) a adolescência é uma fase do desenvolvimento evolutivo, em que a criança, de acordo com as condições ambientais e de história pessoal, passa gradualmente para a vida adulta. É caracterizada de acordo com a sociedade, ou seja, “nas sociedades modernas ela é mais lenta e dolorosa e já nas primitivas, ela era agilizada e atenuada pelos ritos de passagem e pela maior facilidade em participar do mundo adulto.”

Atualmente, esta etapa do desenvolvimento já é considerada uma fase com direito a quadro conceptual, legislação e programas próprios para este período, o que confere aos adolescentes o seu reconhecimento como sujeitos sociais e os autonomiza do papel infantilizado que era incutido até aqui. (Granja, 2009)

Embora a maioria dos adolescentes passem pelas mudanças características deste período sem problemas significativos, todos necessitam de apoio, atenção e ensinamentos nesta fase. (Granja, 2009)

É através a influência do ambiente social e cultural, bem como, a capacidade de adaptação às diferentes mudanças desta etapa, quer físicas, quer psicológicas e/ou comportamentais, que o adolescente se torna num adulto saudável ou não.

Na infância e adolescência, são os pais que constituem a principal fonte de socialização, pelo que os seus atos/comportamentos condicionam os dos filhos. Não obstante, também nesta fase, para além da família, os grupos de pares, os meios de comunicação social, o ambiente escolar e o contexto sociocultural exercem uma grande influência na formação das atitudes, crenças, valores e padrões de comportamento do adolescente. Associadas à pressão dos grupos de pares e do marketing e publicidade, ocorrem mudanças físicas e emocionais que deixam os adolescentes mais vulneráveis ao risco. Do mesmo modo, é nesta fase, que o

fascínio pela exploração de novos caminhos pode, por vezes, levar a comportamentos de risco. (Fontes, 2007)

Assim, é neste período de vida que são definidas escolhas de estilos de vida que se podem vir a repercutir, em problemas futuros, nomeadamente patologias ao nível físico e mental. (Rocha, Martins, Pereira, Santos & Mestre 2013)

Os adolescentes tendem a considerar a saúde como um bem adquirido e não ameaçado (Frasquilho, 1998, citado por Fontes, 2007). A própria vitalidade desta fase inibe a perceção de vulnerabilidade face aos riscos para a saúde e bem-estar. (Fontes, 2007)

Desta forma, apesar dos adolescentes serem considerados um grupo saudável, os Técnicos de Saúde, têm sempre que considerá-los como um grupo de risco, e que devem ser uma prioridade nas medidas de Promoção da Saúde, pois eles são os adultos e idosos de amanhã.

5 – HÁBITOS DE VIDA E COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

Depois de no século passado, se ter conseguido através da evolução científica, o controlo de uma grande parte das doenças infecciosas, surge então uma nova epidemia, na época em que vivemos. Essa epidemia é agora comportamental e tem como consequências inúmeras doenças que provêm dos comportamentos de risco. (Portugal. Ministério da Saúde, 2004; OMS, 2002; Steptoe e Wardle, 2004, citado por Balaguer, Corredeira, Corte-Real, Dias, & Fonseca, 2008)

Presentemente, essas doenças que advêm de comportamentos de risco, como a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, alguns tipos de cancro, asma, entre outras, constituem um dos grandes desafios para a Saúde Pública, pois contribuem para as despesas globais em saúde e para os valores de mortalidade. (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011)

É na fase da adolescência, que muitas doenças da idade adulta têm o seu início. Isso deve-se à adoção de comportamentos de risco, relacionadas com o uso de substâncias aditivas, maus hábitos alimentares, sedentarismo e a comportamentos relacionados com a sexualidade. (OMS, 2011. Citada por Rocha et al., 2013)

É por isso necessário estudar os hábitos de vida dos adolescentes, os comportamentos de risco que lhes estão associados, e os contextos em que se inserem, pois isso, é o ponto de partida para a implementação de programas e projetos que melhor promovam hábitos saudáveis, previnam determinados comportamentos para conseguir promover a saúde.

Embora o sector da saúde tenha um papel essencial na prevenção e promoção da saúde, a intervenção de outros sectores como a educação, o apoio social, financeiro e político também têm importante influência sobre os determinantes da saúde, o que implica uma intervenção multisectorial para a promoção, manutenção da saúde e bem-estar dos adolescentes (WHO, 2005b, citado por Fontes, 2007).

Vários estudos suportam a teoria, de que o ambiente social dos adolescentes, como a família e o grupo de pares, influencia o comportamento destes. Como tal, a atuação em termos de prevenção, deve começar com o tratamento das pessoas que são mais próximas ao adolescente, com o propósito de evitar esse tipo de influência comportamental (Precioso; Samorinha; Macedo & Antunes, 2012)

Geralmente, os indivíduos não gostam muito que lhes digam o que devem fazer para alterar os seus hábitos, até porque na maioria dos casos até já estão informados quanto aos perigos da prossecução de determinados comportamentos. (Grupo ESPS, 2001)

O mesmo acontece com os adolescentes, que já por si acham que sabem tudo, mas que nestes casos, isso nem sempre corresponde à verdade.

Assim, a decisão de mudança de comportamentos depende de dois fatores:

- Vulnerabilidade apercebida: em que há a sensação de ameaça pessoal pelo facto de manter esse comportamento, ou seja, que é prejudicial ao próprio e não somente aos outros;
- Autoeficácia ou expectativa de êxito: em que há uma confiança em ser capaz de conseguir mudar. (Rosenstock, 1988, citado pelo Grupo ESPS, 2001)

De acordo com Granja (2009:47) “Para o/a jovem adoptar comportamentos seguros terá que perceber o risco como uma ameaça real para si (...) e depois têm que existir mais benefícios nessa decisão do que desvantagens, para pôr em prática o comportamento preventivo.”

Porém, os Serviços de Saúde nem sempre estiveram preparados para receber os adolescentes adequadamente, visto que estes se encontram numa fase de transição entre a infância, e a fase adulta, apresentando necessidades de saúde diferentes quer das crianças, quer dos adultos. (Granja, 2009)

O aconselhamento sobre hábitos de vida, não é fácil, pois por vezes pode chocar frontalmente, com as crenças e também os hábitos dos profissionais de saúde. Desta forma, o aconselhamento depende, em grande medida da sua capacitação ou autoeficácia para estas intervenções. (Grupo ESPS, 2001)

Assim, o papel desempenhado pelos profissionais de saúde, no que concerne a mudanças do estilo de vida dos indivíduos, no sentido da alteração de comportamentos de risco traduz-se em várias atividades: “diagnóstico/avaliação, tratamento/intervenção, estratégia de mudança e vigilância/controlo da evolução.” (Grupo ESPS, 2001:15)

São os Cuidados de Saúde Primários que ocupam uma posição privilegiada no que se refere à intervenção nos problemas ligados a comportamentos de risco. Por um lado, porque são o primeiro nível de assistência do sistema de saúde, onde a população recorre habitualmente, existindo um contacto permanente com a população. Por outro lado, o conhecimento dos hábitos e da maneira de ser de cada indivíduo facilita a realização de atividades de promoção e prevenção dirigidas à população. (Altisent, 1992, citado pelo Grupo ESPS, 2001)

Uma das finalidades do Programa Nacional de Saúde Escolar (MS-DGS-2006) é precisamente “Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis.”

Assim, o PNSE (2006) assume como áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis a Saúde Mental, a Saúde Oral, a Alimentação Saudável, a Atividade Física, o Ambiente e Saúde, a Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes, a Saúde sexual e reprodutiva e a educação para o consumo.

Assume ainda que as áreas prioritárias de intervenção, relativamente à prevenção dos consumos nocivos e comportamentos de risco, devem ser: consumo de substâncias lícitas (tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos); consumo de substâncias ilícitas; doenças transmissíveis, incluindo IST/VIH/SIDA; violência em meio escolar, incluindo bullying e comportamentos autodestrutivos.

Através do Diagnóstico de Situação de Saúde efetuado por nós na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre, com recurso a um questionário que engloba as áreas prioritárias referidas no PNSE (2006), identificámos também três problemas em termos de hábitos de vida e comportamentos de risco, aos quais dirigimos a nossa intervenção de EpS:

- Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas;
- Violência na Escola – Bullying;
- Sexualidade.

No nosso país, o Ministério da Educação determinou a inclusão de várias temáticas de Educação para a Saúde nos Projetos Educativos das Escolas, desde o 1º ao 12º anos, nomeadamente sobre sexualidade, a prevenção do consumo de substâncias psicoativas, álcool, tabaco e drogas. É fulcral que essas recomendações sejam implementadas para reduzir a prevalência de consumidores de tais substâncias, principalmente ao nível dos adolescentes. (Precioso et al., 2012)

Tendo por base Precioso et al. (2012), de acordo com os dados do estudo, consta-se que uma grande parte das crianças/adolescentes já é fumador pelos 12/13 anos de idade.

Como tal, recomendam que a prevenção primária se inicie nas escolas nos 5.º, 6.º e 7.º anos de escolaridade, e que se mantenha durante todo o percurso escolar. Estes autores referem ainda que nos países onde se implementaram programas de educação para a saúde nas escolas, bem como, programas de prevenção do consumo de tabaco, em paralelo com outras iniciativas de prevenção, alcançaram resultados positivos na redução da sua prevalência.

Assim, estes resultados mostram que o fenómeno dos comportamentos de risco, nomeadamente do tabagismo, consumo excessivo de álcool e ingestão de drogas ilícitas, é vulnerável e pode ser modificado através de uma ação sistemática e bem organizada. (Precioso et al., 2012)

Segundo Meyer (2003), existem três níveis de prevenção:

- **Primária:** refere-se ao trabalho que é realizado junto dos jovens que ainda não experimentaram drogas, logo tem como objetivo evitar ou retardar o uso destas substâncias;
- **Secundária:** refere-se ao trabalho que é efetuado junto dos indivíduos que já experimentaram drogas, ou que fazem uso ocasional destas. Tem como objetivo evitar que esse uso se torne nocivo e evolua para a dependência. E se possível tentam que o uso dessas substâncias deixe de ocorrer;
- **Terciária:** corresponde ao tratamento do uso nocivo ou da dependência.

Dadas as características desta fase da adolescência, a prevenção deve iniciar-se o mais precocemente possível, mas evoluindo sempre de uma forma continuada e progressiva, tendo em conta a adoção de comportamentos adequados, para que os adolescentes vivam sem estas substâncias. (Antunes, 1998),

O papel da escola, nomeadamente dos professores, deve ser realçado pois é privilegiado para sinalizar, referenciar e ainda orientar. (Precioso et al., 2012)

A escola também tem o papel de prevenção e educação das crianças e adolescentes, no desenvolver da sua identidade, incentivando a cidadania e a responsabilidade social, bem como, garantindo que estes incorporem hábitos de vida saudável. (Meyer 2003)

Assim, a escola dá maior ênfase ao projeto de vida dos alunos, em vez de dar importância às consequências do uso de drogas.

Cabe às escolas, aos Técnicos de Saúde e também às famílias contribuírem para a prevenção deste flagelo.

Nas idades de 14 e 15 anos, em que uma considerável percentagem de adolescentes se torna fumador regular, é importante que sejam implementados então programas de prevenção secundária. Esta intervenção é muito importante e decisiva para a redução dos consumos e, também, porque estes adolescentes são um “foco de contágio” para aqueles que não consomem ou deixaram de consumir. Os indivíduos que já não consomem tornam-se assim modelos positivos para os colegas. (Precioso et al., 2012)

Os Técnicos de Saúde desempenham um papel importante na promoção de hábitos saudáveis e na prevenção do consumo de substâncias como o álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Em primeiro lugar devem ajudar os pais e familiares que consomem, a abandonar esse consumo, tendo como propósito evitar o contágio das crianças/adolescentes pela sua influência pois pode ter um impacto fundamental na saúde presente e futura das mesmas. Ou seja, a prevenção deve recair também, com o tratamento daqueles que são próximos aos adolescentes (como os pais, amigos e outros adultos significativos). (Precioso et al., 2012)

É também na adolescência que se começa a sentir o desejo estabelecer uma relação de afetividade com outra pessoa para além do núcleo familiar. (Miguel, 1990)

Como tal, outro comportamento dos jovens, que os técnicos de saúde devem dar especial atenção e intervir em termos de EpS é a Sexualidade, uma vez que este é um conceito de grande complexidade e que não se resume apenas ao ato sexual.

“O comportamento sexual é parte integrante do rol de condutas dos indivíduos nas mais variadas faixas etárias” (Gomes, 2008)

Mas verifica-se presentemente, que o início da vida sexual dos adolescentes dá-se cada vez mais cedo (Nodin, 2001, citado por Ribeiro e Fernandes, 2009).

Segundo a OMS, citada pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001: 9), “A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”

Para os adolescentes que não estejam informados, orientados e capacitados a efetuar escolhas corretas, a sexualidade precoce, bem como, a negligência da contraceção e da prevenção, pode causar prejuízos físicos e emocionais, e ainda aumentar os riscos de doenças sexualmente transmissíveis [DSTs] e de uma gravidez indesejada (Alves & Lopes, 2008, citado por Ribeiro e Fernandes, 2009).

É de salientar também, que as DSTs são a causa de epidemias mais ou menos graves, responsáveis por muitas mortes, e também fator determinante de doenças crónicas de vários sectores do organismo, tais como a infertilidade, impotência entre outras. (Ribeiro e Fernandes, 2009)

Logo, os comportamentos de risco sexuais, como a não utilização de uma barreira eficaz contra infeções, indiciam um fator de risco para a saúde dos indivíduos. Assim, um comportamento sexual de risco é “um comportamento resultante do contacto entre dois ou mais seres, cuja prática de não utilização de um preservativo, como método de barreira, está associada à ocorrência de uma ou mais doenças.” (Gomes, 2008)

De acordo com literatura, este comportamento sexual de risco surge associado a variáveis como o uso de drogas ilícitas, de álcool; da idade precoce das primeiras relações sexuais e a

variabilidade de parceiros; o não uso de preservativo; o desempenho escolar/nível de escolaridade; o nível socioeconómico; a idade dos pais e o estado civil dos mesmos. (Poulin e Graham, 2001, citado por Ribeiro e Fernandes, 2009)

No que concerne à aquisição de hábitos saudáveis, principalmente em termos da saúde sexual e reprodutiva, infelizmente, ainda se verifica que isso pode estar comprometido para milhões de adolescentes em todo o mundo, devido à falta de informação, apoio, iniquidade ao nível dos serviços de saúde, bem como, a serviços de planeamento (desde horários, a localizações) e métodos contraceptivos apropriados. (Granja, 2009)

Para que os adolescentes possam cuidar da sua saúde sexual e reprodutiva “necessitam, em primeiro lugar, de serem capazes de uma escolha informada, de uma escolha responsável, o que implica o empoderamento, isto é, o reforço da autonomia, auto-estima, auto-confiança, sentido das responsabilidades e dos direitos.” (Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres 2001: 8)

De acordo com Granja (2009:52) é de salientar que “o comportamento sexual é uma forma de relação e que a tomada de decisão faz-se com base nas competências pessoais do indivíduo, que activa estratégias que fazem parte do seu repertório, e que é na aprendizagem e consolidação das estratégias individuais que devem incidir os programas de prevenção na adolescência ”

Compete à Escola, em parceria com a Saúde, ouvir e colaborar com os adolescentes/famílias e abordar a Educação Sexual em meio escolar. Esta é uma oportunidade para informar, educar e trabalhar, com os adolescentes, vetores fundamentais para o seu percurso enquanto indivíduos sociais.

A Comissão de Educação da Assembleia da República já aprovou o projeto de lei que define a integração da educação sexual nas escolas, onde foi estabelecido um período mínimo de 12 horas/ano. Esta, é agora um direito das crianças e dos jovens. (Vilar, 2009)

A Educação Sexual em meio escolar é apoiada pela maioria dos pais, pois, mesmo em famílias organizadas, muitos filhos não abordam este tema com estes, e por sua vez, muitos pais têm grandes dificuldades em falar sobre esta temática. (Sampaio, 2010)

Isto torna-se de extrema importância, porque também a EpS deve incidir nas famílias dos adolescentes, uma vez que existem vários estudos a referir que, maiores níveis de comunicação com os pais aparecem associados a um aumento da probabilidade de utilizar preservativo (Crosby R. A., et al., 2001, citado por Gomes, 2008), aumento da auto-eficácia, bem como, ainda à diminuição do número de parceiros (Hutchinson, Jemmott, Jemmott, Braverman, & Fong, 2003, citado por Gomes, 2008).

A Educação Sexual, reveste-se de grande importância para que os adolescentes possam compreender as próprias emoções/sentimentos e atitudes, de forma a estarem capacitados a tomarem decisões responsáveis, o que é crucial para uma sexualidade saudável e para todas as outras dimensões da vida. Ou seja, “uma vida sexual que nos forneça bem-estar contribui para o nosso equilíbrio”. (Sampaio, 2010)

Existe um fenómeno novo, que apesar de não ser um hábito de vida, é um comportamento de violência e que requer especial atenção por parte dos técnicos de saúde, dos professores e dos pais. Este tem merecido destaque nas últimas décadas entre os jovens, ao nível da violência escolar - o *Bullying*. (Pinheiro, 2006:4, citado por Barros, Carvalho & Pereira 2009)

Este fenómeno envolve aspetos culturais, sociais, políticos, económicos e individuais. (Barros, et al., 2006)

No *bullying*, um estudante é vitimizado “quando é exposto, repetidamente e por um tempo prolongado, a ações negativas por parte de um ou mais estudantes”. (Olweus, 1999:10, citado por Barros et al., 2009: 5741)

Esta é uma forma de violência que ocorre entre colegas na escola, representada por comportamentos agressivos de intimidação e que resultam em práticas violentas exercidas por um indivíduo ou por pequenos grupos, com carácter regular e frequente a outro indivíduo. (Pereira 2002: 16, citado por Barros et al., 2009)

Existem duas características adicionais referentes a este fenómeno que parecem estar associadas: os benefícios diretos ao agressor e a satisfação pessoal em maltratar o outro (Pereira, 2001 citado por Barros, et al., 2009).

Os comportamentos de *bullying* podem ocorrer de duas formas: direta e indireta, sendo ambas prejudiciais ao psiquismo da vítima. Porém, a forma indireta é mais difícil de ser identificada e produz “efeitos mais sérios e, sobretudo mais duradouros” Pereira (2001: 29 citado por Barros et al., 2009)

“A direta inclui agressões físicas (bater, chutar, tomar pertences) e verbais (apelidar de maneira pejorativa e discriminatória, insultar, constranger); a indireta talvez seja a que mais prejuízo provoque, uma vez que pode criar traumas irreversíveis. Esta última acontece através de disseminação de rumores desagradáveis e desqualificantes, visando à discriminação e exclusão da vítima de seu grupo social” (Fante 2005, p.50 citado por Barros, et al., 2009).

O bullying pode impedir o jovem de crescer de forma saudável ao nível social, e do grupo de pares. (Duncan, 1999 citado por Barros, et al., 2009)

As consequências do bullying para as vítimas são:

- Temem a escola, esta passa a ser um lugar inseguro e desagradável;
- Transformam-se em adultos inseguros;
- Adquirem uma baixa auto-estima e uma tendência maior para entrar em estados depressivos;
- Apresentam frequentes problemas de relacionamentos sociais, íntimos e até familiares;
- Algumas vítimas acabam por se suicidar, enquanto outras se tornam, elas próprias, em pessoas violentas. (Olweus, 1993a, Olweus 1993b, Marques et al.,2001, citado por Barros, et al., 2009)

Porém, também existem consequências para os agressores:

- Dificuldade em respeitar a lei e os problemas que daí advém, levando a dificuldades na inserção social;
- Problemas de relacionamento afetivo e social, bem como, incapacidade ou dificuldade de auto controle e comportamentos antissociais.
- Através das relações muito específicas que mantêm e aprendem, não têm respeito pelas regras e normas de convivência social e acabam por entrar numa vida de pré-delinquência;
- Envolvem-se mais tarde em problemas de conduta, com a droga, alcoolismo, crimes, levando-os muitas vezes à cadeia. (Olweus, 1993a, Olweus 1993b, Marques et al.,2001, citado por Barros, et al., 2009)

Este fenómeno é assim um indicador de problemas de adaptação e insegurança na adolescência e na vida adulta.

Quando se identifica um agressor e/ou uma vítima, ambos devem ser orientados. Os pais devem ser alertados e estar cientes que o seu filho, é agressor ou foi agredido (ou até observador) e que necessita de ajuda especializada. (Nogueira, 2005:101, citado por Barros, et al., 2009:5745)

Neto (2006) apresenta alguns dos sinais apresentados pelos alunos que são vítimas do bullying e que podem servir para ajudar os pais e professores a identificar possíveis vítimas:

- Recusam-se a ir para a escola, utilizando várias desculpas;
- Apresentam comportamentos de melancolia, tristeza e angústia (choro, stress...)
- Procuram caminhos alternativos na ida e volta da escola;
- Diminuição do rendimento escolar, notas baixas e dificuldades de aprendizagem;
- Redução da socialização com colegas - isolamento;
- Pedidos injustificados de dinheiro aos pais;
- Aparecem frequentemente com arranhões e cortes não justificados;

- Aparecimento de objetos pessoais danificados;
- Queixas de mal-estar geral (fadiga, dores de cabeça, de estômago, etc.)

A Escola, em parceria com os Técnicos de Saúde, deve estabelecer programas de EpS de forma a minimizar os problemas do bullying. Deve encara-se o bullying como uma realidade do contexto social e escolar, em vez de se pensar que este fenómeno não existe. Devem-se englobar os pais/educadores também na prevenção efetuada, elucidando-os sobre os sinais de possíveis vítimas e informá-los sobre esta temática.

É importante ouvir e dialogar com os filhos ou alunos, antes de repreender. É necessário que se reforcem e elogiem os aspetos positivos do adolescente, e se assuma uma posição de ajuda ao fortalecimento da autoestima na resolução dos seus conflitos. Isto serve para que os adolescentes se sintam seguros e confiantes para expor os seus problemas e denunciar a situação de violência. (Barros, et al., 2009)

II – ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA AQUISIÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES

1.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O planeamento de intervenções na área da saúde, devem ter sempre na sua essência a metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente as intervenções comunitárias.

No segundo semestre deste curso de Mestrado e tal como já foi referido, procedeu-se à primeira etapa do Planeamento em Saúde. Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 28):

“O diagnóstico de situação deve ter como principais características ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes.”

Também como já foi mencionado na Introdução deste Relatório, o Diagnóstico da Situação de Saúde, teve como principal fundamento analisar os Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre. Decorreu de um primeiro Estágio efetuado no período de 31 de maio a 5 de julho de 2013, nesta mesma escola.

Assim, as temáticas que nos despertaram interesse para intervir na comunidade foram a “Adolescência” e os “Hábitos de Vida Saudáveis”, os quais decidimos conjugar: “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”.

Esta intervenção comunitária junto dos adolescentes deve-se ao facto de este grupo etário ser considerado de extrema importância e de excelência para os Técnicos de Saúde, poderem sensibilizar e capacitar para a adoção de estilos de vida saudáveis. A maioria dos hábitos de vida não saudáveis, iniciam-se na adolescência. A procura da identidade pessoal e afirmação da maturidade, bem como, a noção de vulnerabilidade são fatores preponderantes na adesão ou não de comportamentos de risco, que podem ir desde o consumo de substâncias, como o tabaco, álcool, e outras drogas ilícitas, até a relações sexuais desprotegidas.

Assim, a adoção de estilos de vida saudáveis por parte dos adolescentes, pode ajudar a aumentar os níveis da saúde quer física quer psíquica.

Há que ter em conta que os adolescentes de hoje são os adultos e idosos de amanhã, logo torna-se necessário atuar no domínio da responsabilidade e capacitação dos adolescentes, para realizarem as escolhas acertadas.

Esta intervenção sobre as temáticas “Adolescência e os Hábitos de Vida Saudáveis”, deve-se ao abrigo de um “projeto trabalho conjunto” da Escola Superior de Saúde de Portalegre com a Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre.

Na ESMS existe uma equipa no Projeto de Educação para a Saúde, que têm com objetivo a promoção de hábitos saudáveis em várias áreas, nomeadamente as abordadas por nós no nosso questionário. Pensamos que esta equipa poderá ser uma potencialidade como recurso para ajudar os adolescentes a assimilar os hábitos saudáveis que esperamos incutir nas sessões de EpS.

Assim, o primeiro passo, foi efetuar um telefonema para a Professora Doutora Maria Arlanda (Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira) a propor uma reunião com o grupo das mestrandias para solicitar a realização de um Estudo de Diagnóstico de Situação de Saúde;

No dia 29 de abril de 2013, foi então realizada a reunião com a Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, onde se procedeu às apresentações; foram expostos os nossos objetivos; ficaram acordados os anos onde deveríamos intervir e foram entregues, à posteriori, os pedidos de autorização para distribuir aos pais, para estes terem conhecimento, e concordarem ou não, com o preenchimento dos questionários por parte dos seus educandos.

Devido a condicionantes ligadas à organização escolar e pelas necessidades sentidas por parte da Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, este Diagnóstico de Situação foi direcionado, em termos de população alvo, a todos os adolescentes das turmas de Sétimo e Oitavo Ano, da escola acima referida.

Como supracitado, optou-se pela utilização do questionário, como instrumento de colheita de dados (Anexo II). Este instrumento foi cedido pela Autora: Exma. Mestre em Enfermagem Renata Catarina Alves Brito, utilizado na sua Tese de Mestrado em Enfermagem, intitulada: “*Os hábitos de saúde dos adolescentes: realidade numa instituição de ensino particular.*”, a quem foi solicitada a autorização para a utilização do mesmo. (Anexo I e Apêndice I).

A escolha deste método, provém do facto de estarmos a intervir com adolescentes. Sendo um método que mantém o anonimato, e querendo obter-se uma maior fiabilidade dos dados, esta escolha seria a mais apropriada, pois os adolescentes podem responder sem ter o receio de serem alvo de críticas ou repreensões. O questionário tal como refere Fortin (1999:380)

“tem por objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões”.

Também como dispúnhamos de pouco tempo para efetuar o Estudo de Diagnóstico de Saúde, este método permitiu-nos assim atingir um maior número de adolescentes, com baixo custo e ir ao encontro dos nossos objetivos.

De acordo com o cronograma estabelecido pela Professora Doutora Maria Arlanda, Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, estabeleceu-se como data limite, o dia 10 de maio de 2013, para entrega dos pedidos de autorização assinados pelos pais para o preenchimento dos questionários por parte dos seus educandos. (Apêndice III)

Foram posteriormente aplicados os questionários para a realização deste Diagnóstico de Situação de Saúde nos dias 13 e 14 de maio de 2013, durante o período normal de aulas. Estavam inicialmente previstos a aplicação de 269 questionários, sendo 122 alunos do Sétimo, e 147 alunos do Oitavo Ano, respetivamente. Porém, foram inquiridos um total de 232 alunos, porque determinados encarregados de educação não autorizaram a participação dos seus educandos no estudo, e também porque no momento da aplicação dos questionários, alguns alunos faltaram às aulas.

Dado o grande número de questionários a aplicar, a 11 turmas, dos 7º e 8º ano respetivamente, houve a necessidade de dividir os elementos do nosso grupo em dois, ou seja, dois grupos de duas pessoas por cada turma.

As variáveis em estudo eram:

1. Caracterização das Variáveis Sociodemográficas;
2. Alimentação e Exercício Físico;
3. Saúde Oral;
4. Sono e Repouso;
5. Segurança e Prevenção de Acidentes;
6. Consumos (álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas);
7. Violência e Saúde Mental;
8. Saúde Sexual e Reprodutiva;

Por se tratar de um estudo em que impera a Metodologia Quantitativa, e com um tipo de estudo do tipo Descritivo, Exploratório e Transversal, o tratamento dos dados fez-se utilizando o *software* SPSS®, versão 21.0 para *Windows*, sendo criada uma base de dados, onde os mesmos foram introduzidos informaticamente. Com este programa, realizou-se uma análise descritiva simples, com recurso a técnicas estatísticas adequadas ao tipo de variáveis

em estudo, e permitiu “descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”. (Fortin,1999: 277)

Assim, emergiram as seguintes conclusões:

1.1.1- Caracterização das Variáveis Sociodemográficas

Como já foi referido, a população do estudo surge de um total de 232 alunos de ambos os sexos: 122 raparigas e 110 rapazes, o que corresponde a cerca de 52,59% do sexo feminino e 47,41% do sexo masculino.

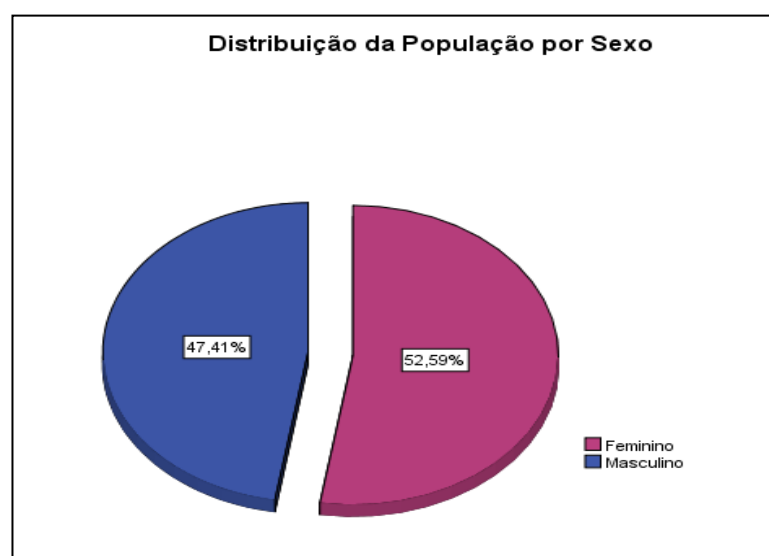


Gráfico n.º 1 – Distribuição da População por Sexo.

Relativamente às idades dos jovens, e tendo em conta que foram inquiridos estudantes de ambos os sexos, a frequentar o 7º e 8º ano de escolaridade, estas têm uma grande amplitude, variando entre os 12 e os 17 anos. (Tabela n.º 1 e Gráfico n.º2))

Desta forma, a média de idades é de $\mu = 13,59$ e moda de 13. (Tabela n.º 2)

IDADE	N.	%
12	27	11,6
13	89	38,4
14	88	37,9
15	16	6,9
16	5	2,2
17	7	3
Total:	232	100

Tabela n.º 1 – Distribuição da População por Idade.

N.	232
Media	13,5862
Mediana	13,5000
Moda	13
Desvio Padrão	1,05329

Tabela n.º 2 – Distribuição da População por Média, Mediana, Moda e Desvio Padrão de Idades.

		Sexo		Total
		Feminino (N.)	Masculino (N.)	
Idade	12	18	9	27
	13	49	40	89
	14	42	46	88
	15	9	7	16
	16	2	3	5
	17	2	5	7
Total:		122	110	232

Tabela n.º 3 – Distribuição da População por Idade e Sexo.

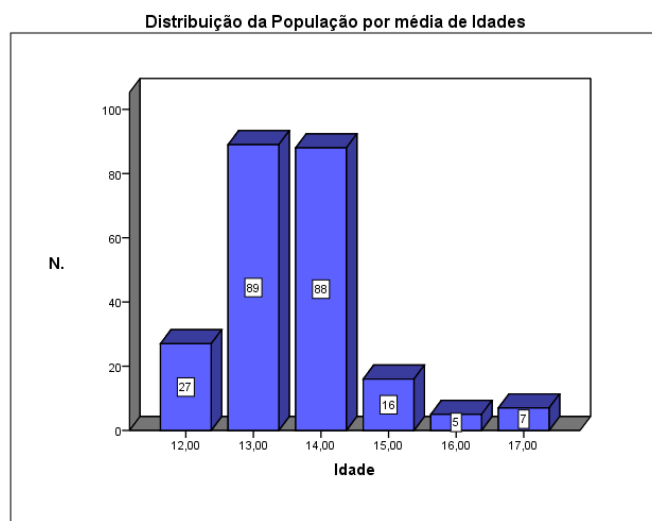


Gráfico n.º 2 – Distribuição da População por Média de Idades.

Quanto à distribuição pelos anos, verifica-se que no 7º ano, 51 indivíduos são do sexo feminino e 46 indivíduos são do sexo masculino, e no 8º ano são 71 indivíduos do sexo feminino e 64 indivíduos são do sexo masculino. Desta forma, a maioria dos adolescentes frequenta o 8º ano. (Tabela n.º4)

Ano Escolar	Sexo		Total
	Feminino (N.)	Masculino (N.)	
7º	51	46	97
8º	71	64	135
Total:	122	110	232

Tabela n.º 4 – Distribuição da População por Ano Escolar e Sexo.

Quanto à distribuição da população em estudo, pelo tipo de agregado familiar, verificámos que a maioria dos adolescentes vive em famílias nucleares: 50,4% vive com os pais e irmãos, e 24,6% vive apenas com os pais.

O número de alunos que vive com famílias monoparentais respetivamente (6,9% e 0,9%) e famílias reconstituídas ou outros familiares (6,9%) é pouco significativo. (Tabela n.º5 e Gráfico n.º3)

Agregado Familiar	N.	%
Pai e Mãe	57	24,6
Pai, Mãe, Irmão(s)	117	50,4
Só com a Mãe	16	6,9
Só com o pai	2	0,9
Mãe e irmão(s)	21	9,1
Pai e irmãos(s)	3	1,3
Outros familiares	14	6
Instituição	2	0,9
Total:	232	100

Tabela n.º 5 – Distribuição da População por Agregado Familiar.

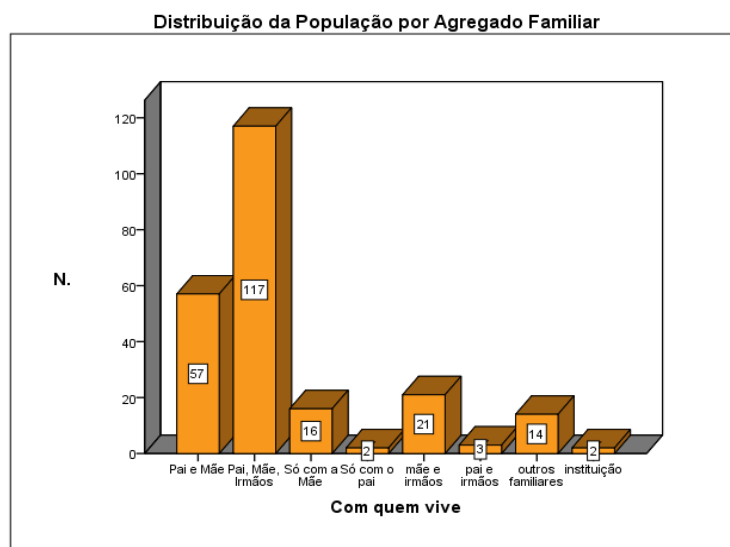


Gráfico n.º 3 – Distribuição da População por Agregado Familiar.

No que diz respeito à área de residência, a larga maioria dos adolescentes residem na cidade de Portalegre: 66,4%, contrapondo com 33,6% a residir na periferia. (Tabela n.º6 e Gráfico n.º4)

Área de Residência	N.	%	Casos Válidos (%)
Cidade de Portalegre	152	65,5	66,4
Periferia	77	33,2	33,6
Total:	229	98,7	100
Não sabe / não responde	3	1,3	----
Total:	232	100	----

Tabela n.º 6 – Distribuição da População por Área de Residência.

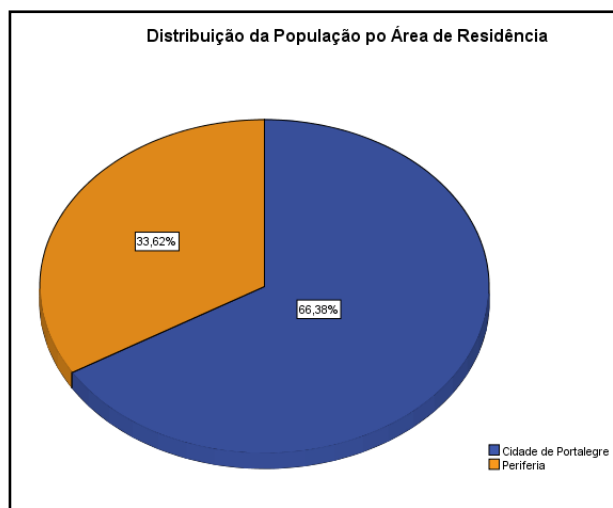


Gráfico n.º 4 – Distribuição da População por Área de Residência.

Relativamente ao índice de escolaridade do pai e da mãe, observou-se que a maioria dos encarregados de educação são detentores do ensino secundário (27,8% dos pais e 25,8% das mães) e ensino superior (26,1% dos pais e 41,6% das mães).

Verifica-se pouca representatividade de encarregados de educação sem escolaridade (0,6% dos pais) e detentores apenas do primeiro ciclo (8,3% no caso dos pais e 6,8% das mães) e segundo ciclo, com os pais a atingirem 12,2% e as mães 6,8%. (Tabela n.º 7 e n.º 8)

Nível de Escolaridade do Pai	N.	%	Casos Válidos (%)
Sem escolaridade	1	0,4	0,6
Primeiro Ciclo	15	6,5	8,3
Segundo Ciclo	22	9,5	12,2
Terceiro Ciclo	45	19,4	25
Ensino Secundário	50	21,6	27,8
Ensino Superior	47	20,3	26,1
Total:	180	77,6	100
Não sabe / não responde	52	22,4	----
Total:	232	100	----

Tabela n.º 7 – Distribuição da População por nível de Escolaridade do Pai.

Nível de Escolaridade da Mãe	N.	%	Casos Válidos (%)
Sem escolaridade	13	5,6	6,8
Primeiro Ciclo	13	5,6	6,8
Segundo Ciclo	37	15,9	19,5
Terceiro Ciclo	49	21,1	25,8
Ensino Secundário	78	33,6	41,1
Ensino Superior	190	81,9	100
Total:	42	18,1	----
Não sabe / não responde	232	100	----
Total:			

Tabela n.º 8 – Distribuição da População por nível de Escolaridade da Mãe.

Relativamente à profissão dos encarregados de educação, e segundo a Classificação Nacional de Profissões do Instituto do Emprego e Formação Profissional (2010), observou-se que maioritariamente estão englobadas no Grupo 3 - Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas (21% dos pais e 37,9% das mães) e no Grupo 6 – Trabalhadores dos Serviços Pessoais, de Proteção e Segurança e Vendedores (Pais com 23,7% e mães 20,7%). (Tabela n.º 9 e n.º10)

Profissão do Pai	N.	%	Casos Válidos (%)
Profissões das Forças Armadas	1	0,4	0,5
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	5	2,2	2,7
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	39	16,8	21,0
Técnicos e profissões de nível intermédio	14	6,0	7,5
Pessoal Administrativo	12	5,2	6,5
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	44	19,0	23,7
Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura, pesca e floresta	5	2,2	2,7
Trabalhadores qualificados de indústria, construção e Artífices	19	8,2	10,2
Operadores de instalações e máquinas	19	8,2	10,2
Trabalhadores não qualificados	28	12,1	15,1
Total:	186	80,2	100
Não sabe / não responde	46	19,8	----
Total:	232	100	----

N.	Casos Válidos	186
	Não sabe / não responde	46
	Moda:	6

Tabela n.º 9 – Distribuição da População pela Profissão do Pai e Moda da Profissão do Pai.

Profissão da Mãe		N.	%	Casos Válidos (%)
	Profissões das Forças Armadas	0	0	0
	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	2	0,9	1
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	75	32,3	37,9
	Técnicos e profissões de nível intermédio	10	4,3	5,1
	Pessoal Administrativo	25	10,8	12,6
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	41	17,7	20,7
	Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura, pesca e floresta	1	0,4	0,5
	Trabalhadores qualificados de indústria, construção e Artífices	5	2,2	2,5
	Operadores de instalações e máquinas	1	0,4	0,5
	Trabalhadores não qualificados	38	16,4	19,2
	Total:	198	85,3	100
	Não sabe / não responde	34	14,7	----
Total:		232	100	----

N.		Casos Válidos	198
		Não sabe / não responde	34
		Moda:	3

Tabela n.º 10 – Distribuição da População pela Profissão da Mãe e Moda da Profissão da Mãe.

No que diz respeito à situação de emprego, a maior parte dos pais estão empregados (85,1% dos pais e 84,1% das mães), e a percentagem de indivíduos desempregados e reformados é pouco significativa (desemprego dos pais 10,3%, e das mães 15,4%). (Tabela n.º 11 e n.º 12)

Situação de Emprego do Pai	N.	%	Casos Válidos (%)
Desempregado	20	8,6	10,3
Empregado	166	71,6	85,1
Reformado	9	3,9	4,6
Total:	195	84,1	100
Não sabe / não responde	37	15,9	----
Total:	232	100	----

N.	Casos Válidos	195
	Não sabe / não responde	37
	Moda:	1

Tabela n.º 11 – Distribuição da População por Situação de Emprego do Pai e Moda da Situação de Emprego do Pai.

Situação de Emprego da Mãe	N.	%	Casos Válidos (%)
Desempregada	31	13,4	15,4
Empregada	169	72,8	84,1
Reformada	1	0,4	0,5
Total:	201	86,6	100
Não sabe / não responde	31	13,4	----
Total:	232	100	----

N.	Casos Válidos	201
	Não sabe / não responde	31
	Moda:	1

Tabela n.º 12 – Distribuição da População por Situação de Emprego da Mãe e Moda da Situação de Emprego da Mãe.

Quanto à altura dos adolescentes, verificou-se que 1,60 m foi a altura mais referida, sendo a média de 1,61m. (Tabela n.º13 e Gráfico n.º 5)

N.	Casos Válidos	217
	Não sabe / não responde	15
	Média:	1,61
	Moda:	1,60

Tabela n.º 13 – Distribuição da População por Média e Moda de Altura.

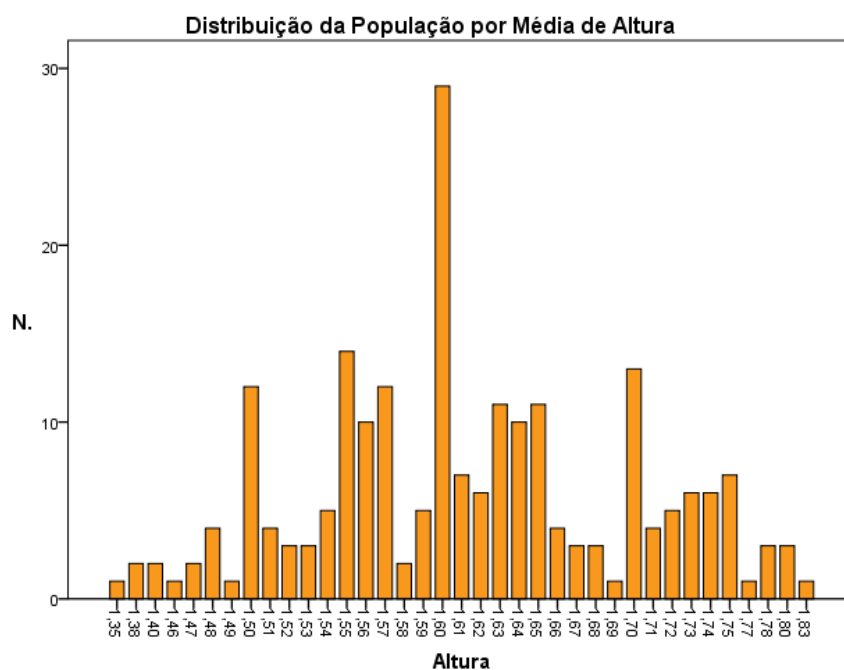


Gráfico n.º 5 – Distribuição da População por Média de Altura

Com os dados da caracterização da amostra, podemos observar ainda a média e a moda de peso dos adolescentes, representado no Tabela n.º 14 e Gráfico n.º 6.

N	Casos Válidos	215
.	Não sabe / não responde	17
	Média:	52,30
	Moda:	50

Tabela n.º 14 – Distribuição da População por Média e Moda de Peso.

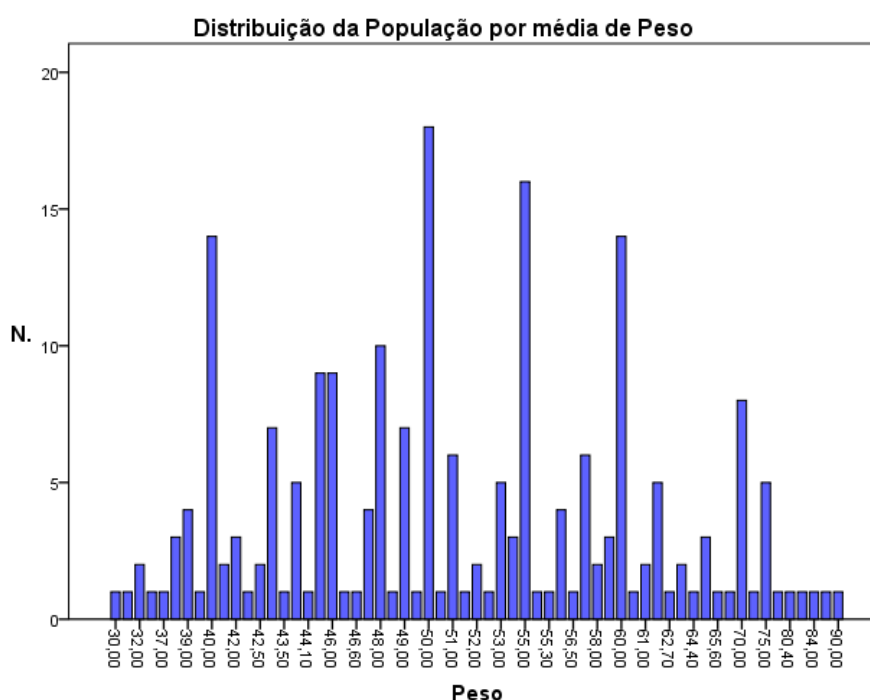


Gráfico n.º 6 – Distribuição da População por Média de Peso.

1.1.2- Dados referentes às Variáveis de Saúde

Os dados que dizem respeito às Variáveis de Saúde contempladas no Estudo de Diagnóstico de Situação, são os seguintes:

• **Alimentação:**

- A maioria dos adolescentes consome cerca de 3 a 4 refeições por dia;
- É o sexo feminino, que está em número superior no que refere à ingestão de menos de três refeições diárias;
- Por seu lado, são os indivíduos do sexo masculino que realizam 5 ou mais refeições diárias;
- A maioria dos adolescentes ingere sempre o pequeno-almoço antes de sair de casa. Apenas 3,3% das raparigas e 1,8% dos rapazes saem de casa sem comer;
- Os tipos de alimentos consumidos ao pequeno-almoço são identificados de forma preferencial, como: o leite e os cereais, seguidos do pão e iogurte, sendo os menos escolhidos os sumos de fruta e refrigerantes;
- Verifica-se que estes adolescentes, dão importância ao lanche a meio da manhã, sendo que a maioria o referiu tomar “frequentemente” (37,3 % dos rapazes e 33,6% das raparigas). Nesta refeição, os alimentos mais referidos foram os bolos, bolachas e pão;
- Relativamente ao lanche da tarde, a maior parte dos alunos referiram que o realizam “sempre”. Nesta refeição os alimentos mais consumidos continuam a ser o pão, bolos ou bolachas, havendo no entanto um aumento significativo no consumo de leite/iogurtes;
- A sopa, a fruta e a salada são os alimentos escolhidos pela maioria para realizar as refeições principais ao contrário das sandes, doces, refrigerantes e bebidas alcoólicas que se apresentam em percentagens de consumo muito inferiores;
- Em relação ao consumo de vinho/cerveja, é importante referir que, ainda apesar das percentagens serem relativamente baixas (4,1%), existem adolescentes, tanto do 7º como do 8º ano (rapazes e raparigas) que ingerem este tipo de bebidas às principais refeições, o que demonstra também um conhecimento inadequado sobre os efeitos inconvenientes do seu consumo;
- No que diz respeito à ingestão de água, observa-se que a Moda em ambos os sexos é de 5 copos de água. Isto indica que a maioria dos adolescentes ingere cerca de 1,5 litros de água por dia, o que corresponde a uma quantidade desejável para uma boa hidratação.

• **Exercício Físico:**

- Em relação ao exercício físico, não se verificaram grandes problemas uma vez que se concluiu que a maioria dos adolescentes pratica algum tipo de exercício (87% dos rapazes e 81% das raparigas). A diferença mais significativa relaciona-se com o tipo de atividade praticada, em que

os rapazes preferem praticar futebol enquanto as raparigas optam por outro tipo de modalidades desportivas. Em termos da duração da prática de exercício físico é o sexo feminino (71,3%) que obtém percentagens mais elevadas comparativamente ao sexo masculino (63,2%).

• **Saúde Oral:**

- No que diz respeito à saúde oral, concluímos que a grande maioria dos rapazes e raparigas não possuem qualquer cárie até ao momento (57% das raparigas e 54,1% dos rapazes). De igual modo, em ambos os sexos, existe o hábito de escovar os dentes duas vezes por dia, sendo que em alguns casos, a escovagem é feita mais de 3 vezes dia.
- No que se refere às idas ao dentista, constatámos que a percentagem mais alta é a resposta de “6 em 6 meses”, em ambos os sexos: (37,2 % nas raparigas e 30,8% nos rapazes);

• **Sono e Repouso:**

- A média de horas de sono dos adolescentes inquiridos é de 8 horas e 30 minutos.
- Verificou-se também que 38 alunos, o que corresponde 16,9%, dorme pelo menos 10 horas por noite;
- Porém existem 51 alunos que dormem menos de 8 horas diárias.

Segurança e Prevenção de Acidentes:

- Observando os resultados relativos ao acompanhamento dos adolescentes de casa para a escola, conseguimos concluir que a maioria se faz acompanhar pelos pais, seguido dos colegas e amigos, sendo que, a maioria se desloca de automóvel, seguido dos transportes públicos.
- Em ambos os sexos não existe preocupação no uso de capacete ao andar de mota ou de bicicleta;
- Em atividades de lazer como ir à praia ou piscinas verificou-se uma preocupação de ambos os sexos em procurar praias e piscinas vigiadas, no entanto, são as raparigas que mais cumprem as bandeiras;
- No que concerne à utilização de proteção solar, são as raparigas quem o mais o pratica, porém são elas que mais se expõem ao sol nas horas de maior calor.

• **Consumos (álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas):**

- A maior parte dos adolescentes em estudo já consumiu álcool, (52,7% dos rapazes e 51,6% das raparigas). Porém, apesar de já terem ingerido álcool, raramente o fazem no seu dia-a-dia;
- A maioria refere nunca ter ficado embriagado;
- Em relação ao consumo de tabaco, percebemos que as adolescentes do sexo feminino (40,2%) já iniciaram o consumo de tabaco sobrepondo-se às percentagens do sexo masculino (16,5%). No entanto, quando se fala de um consumo de tabaco mais regular, são os rapazes que mais o referem;
- Na frequência “Diariamente”, em termos globais, constatámos que existem 13 adolescentes que o fazem.
- No que diz respeito ao consumo de drogas proibidas, os adolescentes responderam maioritariamente que nunca consumiram tais substâncias (Sexo feminino - 98,2% e sexo masculino - 93,3%);
- No entanto, entre o sexo feminino e masculino, existem 10 adolescentes a mencionar que já o fizeram ou fazem.
- É o sexo feminino que está na frente do consumo como primeira experiência com 6,7%, para 1,8% do sexo masculino;
- No que diz respeito à substância mais consumida entre os adolescentes, verificámos que é o *haxixe*;

• **Violência e Saúde Mental:**

- Na sua maioria, os adolescentes nunca foram vítimas de violência na escola. Porém, em 232 alunos inquiridos, 45 adolescentes referiram já ter sido vítimas;
- O sexo feminino referiu todos os tipos de violência, porém é a violência verbal a mais referida com 77,4%;
- No sexo masculino é a violência física que apresenta valores mais elevados (69,2%).
- Dos adolescentes vítimas de violência, podemos verificar que a maioria referiu que foram “os colegas” os responsáveis por esta violência;
- Quando falamos de desempenho escolar, a maioria das raparigas considera-o de “máxima importância”, enquanto os rapazes o consideram apenas “importante”;
- A maioria dos inquiridos referiu não sofrer algum tipo de problema de Saúde Mental;

• **Saúde Sexual e Reprodutiva:**

- Relativamente à aceitação do corpo tal como ele é, verificou-se que no sexo feminino a maioria respondeu que “concorda”, enquanto que no sexo masculino, a maioria respondeu que “concorda totalmente”;
- Na questão que foca a importância do afeto e amor nas relações sexuais, na grande maioria dos casos a resposta é “concordo totalmente”;
- No que diz respeito ao início da atividade sexual, constatou-se que a maioria dos adolescentes ainda não iniciou a sua atividade sexual, havendo no entanto, 21 rapazes e 11 raparigas a referir já ter iniciado a mesma;
- A média de idades em que a atividade sexual foi iniciada é de 13 anos, mas verificam-se diferenças entre os sexos, o que permite afirmar que na maioria são os rapazes os que iniciam esta atividade mais cedo.
- De entre os adolescentes que referiram ter iniciado a sua atividade sexual, verificámos que a maioria respondeu que usa contraceção nas relações, (81,8% das raparigas e 95% dos rapazes);
- No que concerne ao método contraceutivo ou de proteção utilizado pelos adolescentes inquiridos que já iniciaram a sua atividade sexual, observámos que em ambos os sexos foi o “preservativo masculino”;
- Ao falar sobre sexualidade, os adolescentes falam na maior parte dos casos, com os “amigos”;
- Os “professores” constituem o grupo de individualidades que possuem percentagens mais baixas que se traduzem em 3 raparigas e 7 rapazes;
- Por fim, existiu ainda um elevado número de adolescentes que referiu “não falar com ninguém” (77 alunos).

Com estas conclusões retiradas do diagnóstico de situação, foram identificadas necessidades de intervenção, em termos de Educação para a Saúde [EpS] a vários níveis.

Porém, tivemos a ajuda de um “informante privilegiado” na escolha do melhor caminho a seguir.

Segundo Costa (1986, citado por Santos, 2009:1) os “informantes privilegiados” são escolhidos por terem lugares de preponderância na unidade social em estudo. [...] isso quer também dizer que têm uma visão particular das coisas, a qual o investigador tem que procurar captar e levar em consideração”.

O diretor da ESMS foi o nosso “informante privilegiado” porque através do cargo que ocupa, conhece e tem uma noção abrangente da realidade para a qual trabalha e que nós queríamos conhecer/intervir. Assim, este foi um elemento-chave que transmitiu informação útil para podermos intervir junto dos adolescentes ao referir que o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas, a Violência na Escola - conhecida como o fenómeno Bullying e a Sexualidade, seriam os melhores temas para intervir em termos de EpS.

1.2 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após o diagnóstico de situação surge a segunda etapa do Planeamento em Saúde e que de acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 28)

“na *definição de prioridades* seleccionar-se-ão os problemas de saúde que serão resolvidos e com este fim utilizam-se critérios de diversa ordem, como, por exemplo, a dimensão do problema, a transcendência social, a transcendência económica ou a sua vulnerabilidade.”

Através do diagnóstico de situação, do “informante privilegiado” e da Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem, dirige-se a intervenção comunitária para três temáticas principais:

- Álcool, Tabaco e Drogas;
- Violência na Escola (Bullying);
- Sexualidade.

Desta forma, através da Magnitude, da Vulnerabilidade e Transcendência dos problemas, não foram definidas prioridades porque todos os problemas eram identificados e passíveis de serem intervencionados.

• Magnitude dos problemas:

Em relação ao **problema do consumo de álcool**, verificou-se que existe uma percentagem elevada de adolescentes a referir que já consumiu (52,7% dos rapazes e 51,6% das raparigas). Ao perguntar-se se “já alguma vez ficou embriagado?” a maioria referiu nunca ter ficado embriagado, sendo que 23 raparigas e 16 rapazes referiram que sim. No entanto, torna-se fulcral referir que, embora com percentagens relativamente baixas, existem adolescentes (4,3%), tanto do 7º como do 8º ano (rapazes e raparigas) que ingerem bebidas

alcoólicas (vinho/cerveja) às principais refeições, o que demonstra um conhecimento inadequado sobre os efeitos inconvenientes do seu consumo.

Apesar dos números serem reduzidos, importa referir que falamos de adolescentes entre os 13 e os 17 anos de idade.

Relativamente ao **problema do consumo de tabaco**, as percentagens dos adolescentes que já iniciaram o consumo desta substância são de 40,2% no sexo feminino e de 16,5% no sexo masculino. Porém são os rapazes que referiram um consumo de tabaco mais regular e na frequência “Diariamente”, constatou-se que 13 adolescentes referiram-no. Como tal, há que apostar aqui na promoção da saúde e prevenção primária, nos adolescentes que ainda não consumiram tabaco, de forma a evitar ou retardar o uso desta substância. E apostar também na prevenção secundária para aqueles que já consumiram esta substância ou fazem uso ocasional desta, com o intuito de evitar que esses consumos evoluam para a dependência e se possível que o uso desta substância deixe de ocorrer.

No que concerne ao **problema do consumo de substâncias ilícitas**, verificou-se que 6,7% das raparigas e 1,8% dos rapazes, mencionaram que já consumiram substâncias ilícitas, sendo a substância mais referida o *Haxixe*. Relativamente a esta dimensão, os resultados obtidos apresentam percentagens baixas, porém importa mais uma vez referir que se trata de adolescentes do 7º e 8º ano de escolaridade, com uma média de idades de 13 anos.

No que diz respeito ao **problema do Bullying**, constatou-se que apesar da maioria dos adolescentes nunca ter sido vítima de violência na escola, existem 45 jovens adolescentes que manifestaram sofrer deste problema. O sexo feminino apresenta valores mais elevados com 31 raparigas a referi-lo (25,6%) e o sexo masculino apresenta 12,7%, correspondendo a 14 rapazes. O sexo feminino referiu todos os tipos de violência (verbal, física, psicológica e sexual), porém é a violência verbal a mais referida com 77,4% dos casos. No entanto a violência sexual, foi referida apenas por uma rapariga.

No sexo masculino a violência física apresenta valores mais elevados (69,2%), seguindo-se a violência psicológica com 53,8%, e por fim a verbal com 46,2%. A violência sexual, não foi referida pelos adolescentes do sexo masculino.

Dos adolescentes vítimas de violência, podemos verificar-se que a maioria referiu que foram “os colegas” os responsáveis por esta violência.

Estes valores merecem especial atenção, tanto por parte da comunidade escolar, como pelos profissionais de saúde, uma vez que este problema pode interferir com a saúde física e psicológica dos adolescentes.

Em termos da escolha do **problema da sexualidade**, este não se deve muito ao número de casos identificados, mas sim ao facto de nos jovens, a sexualidade ter de ser vista sempre como algo a intervir e educar, uma vez que estes indivíduos pensam sempre que já são detentores de toda a sabedoria, que a eles não acontece nada. Sabemos que os problemas que podem advir de maus hábitos/comportamentos a este nível, podem ser muito graves. As necessidades dos adolescentes no que respeita à saúde sexual e reprodutiva são completamente diferentes das dos adultos, sendo que é sempre um grande desafio para os técnicos de saúde, promover a saúde sexual e comportamentos saudáveis nesta faixa etária.

Em relação ao início da atividade sexual, verificou-se apenas 21 rapazes e 11 raparigas referiram já a ter iniciado. A média aferida do início da atividade sexual foi de 13 anos. De entre os adolescentes que já iniciaram a sua atividade sexual, a maioria dos adolescentes referiu utilizar preservativo masculino (um dado importante, visto ser este o único método contraceptivo que protege contra as DST's). Ainda assim, verificou-se que em três casos (duas raparigas e um rapaz), referiram não utilizar qualquer tipo de contraceção. Estes resultados merecem especial atenção pois podem ser sinal de desconhecimento e/ou falta de acompanhamento por parte dos pais, familiares ou profissionais de saúde e educação.

Para falar sobre sexualidade, os adolescentes referiram que falam na sua maioria, com os “amigos” e verificou-se ainda um grande número de adolescentes (77 alunos) a referir “não falar com ninguém”. Estes dados demonstram existe uma lacuna para a aquisição de conhecimentos fundamentais nesta área, sendo este mais um dado importante para a escolha deste problema que merece intervenção.

Relativamente aos resultados supracitados, verifica-se que em comparação com outros estudos realizados no nosso país, relacionados com esta problemática em estudo, os resultados assemelham-se, o que, na nossa ótica, confere a validade dos resultados obtidos. Assim, alguns estudos que corroboram os nossos resultados são:

- Brito, R. (2012). *Os Hábito de Saúde dos Adolescentes*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem;

- Precioso, J.; Samorinha, C.; Macedo, M. & Antunes, H. (fevereiro 2012). *Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas?*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 18 (4);

- Guerra, M. (2008). *Estilos de vida dos adolescentes – hábitos e preocupações*. Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem;

- Estudo Nacional Health Behavior in School-aged Children (HBSC-2010). *A Saúde dos adolescentes*.

- Vulnerabilidade dos problemas:

Neste âmbito, considerámos que os problemas que emergiram do Diagnóstico de Situação de Saúde, eram passíveis de ser abordados por nós, em Sessões de Educação para a Saúde. Ou seja, nós enquanto Enfermeiras somos detentoras de conhecimento que nos permite abordar os problemas encontrados e intervir juntos dos jovens através de Sessões de Educação para a Saúde, com o auxílio de meios audiovisuais. Com o intuito de contribuirmos para o processo de capacitação deste grupo de adolescentes, escolhemos para as nossas sessões o método expositivo (*power-point*), filmes, folhetos informativos sobre as temáticas e o jogo do envelope (uns envelopes contém perguntas e outros envelopes contém as respostas).

- Transcendência dos problemas:

Tal como já tem sido descrito ao longo deste relatório, os jovens são apontados como a faixa etária mais suscetível a comportamentos de risco, de um modo geral. Isso sucede pelas características deste período da vida e que são referidas por diferentes áreas do conhecimento. (Paulito & Jeolás, 2000)

Assim, nesta etapa do Planeamento, também tivemos por base PNSE (2006) e o PNS 2012-2016, visto ele ser “um instrumento de políticas de saúde, dirigido ao reforço da missão e da capacidade dos agentes de todo o Sistema de Saúde português.” (PNS 2012-216)

Nele vem explicito que é necessário definir prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objetivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo.

Como tal, o trabalho junto desta faixa etária, nomeadamente ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis, torna-se de extrema importância no que refere obter ganhos em Saúde.

Assim, de acordo com o Ministério da Educação e Ciência, é fundamental

“dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu *bem-estar físico, social e mental*, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo.”

1.3 - FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 30):

“a *fixação de objetivos* em relação aos problemas definidos como prioritários, exige, antes de mais, a determinação da evolução natural dos problemas e da respectiva tendência. O objectivo será o enunciado do resultado desejável do problema, alterando a tendência da sua evolução. A fixação de objetivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.”

Ou seja, os objetivos devem fornecer normas e critérios às atividades que se vão desenvolver. Isto é, tem de se ter em conta onde queremos chegar, a quem, como e quando.

Para tal, os objetivos têm de ser:

- Pertinentes: adequar-se às situações que suscitaram a intervenção, ou seja, ir de encontro ao problema;
- Precisos: saber exatamente o que queremos medir com ele;
- Realizáveis: nunca definir objetivos que sejam impossíveis de se atingirem;
- Mensuráveis: fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação.

Assim, os objetivos da intervenção comunitária foram os seguintes:

Objetivo geral:

- Contribuir para a aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 8º e 9º Ano, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

Objetivos específicos:

- Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas;
- Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente às problemáticas de “consumo de álcool e substâncias ilícitas”, “violência na escola (*Bullying*)” e “sexualidade”;
- Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, na adolescência.
- Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis.

É aqui que emerge também o meu **objetivo individual**, e que vem justificar de forma heurística o meu percurso ao longo deste Mestrado:

- Desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista na área da Comunidade.

No seguimento da fixação de objetivos, procedeu-se também, à definição de indicadores de atividade ou de execução, bem como, à definição de indicadores de resultado das atividades realizadas.

De acordo com a WHO (2004, citado por o Ministério da Saúde, 2009: 4) “Um indicador é uma variável usada para **medir o progresso** em relação aos objectivos e metas definidos, permitindo aos gestores **comparar os resultados** face aos padrões vigentes.”

Nesta intervenção apenas se conseguem avaliar as atividades desenvolvidas e as sessões de educação para a saúde realizadas, como tal, não foram definidos indicadores de resultado ou de impacto porque são impossíveis de ser medidos, pois não são mensuráveis no período em que decorreu o Estágio. Para conseguir definir este tipo de indicadores e para poder realizar uma avaliação aos ganhos em saúde proporcionados por estas intervenções era necessário muito mais tempo.

Deste modo, foram definidos os seguintes **Indicadores da Atividade**:

- Pesquisa bibliográfica em termos de *guidelines* sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes;
- Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem;
- Realização de três Sessões de Educação para a Saúde (uma sessão sobre Álcool, Tabaco e Drogas; outra sessão sobre Bullying; e uma sessão sobre sexualidade).

Indicadores de processo:
$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões efectuadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões programas}}$$

Como **Indicadores de Resultado da Atividade**, definiu-se:

- Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde;
- Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde (com resposta satisfeito ou mais).

1.4 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Na linha de pensamento de Imperatori & Giraldes (1993: 30):

“A selecção de estratégias permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo. (...) dever-se-ão estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objectivo, que serão submetidas a decisão superior. Dessa proposta de estratégias alternativas deverá constar uma estimativa grosseira dos custos e uma avaliação e adequação de recursos futuros. Caso se considere que os recursos são insuficientes haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objectivos. Em caso contrário passar-se-á à fase seguinte.”

“As estratégias de educação para a saúde implicam uma vasta combinação de experiências de aprendizagem planificada, destinada a facilitar mudanças voluntárias para comportamentos saudáveis.” (Rodrigues, 2000: 5)

Segundo este autor, planear com detalhes ações educativas implica que se reflita sobre uma grande diversidade de variáveis que se conjugam para que a aprendizagem seja pertinente.

Os adolescentes, têm muito a “visão da imortalidade”, acham sempre que a eles não lhes acontece nada, e é por este motivo que é difícil conseguir mudar comportamentos nesta faixa etária. Porém, os técnicos de saúde devem conseguir estabelecer estratégias que cativem os adolescentes, pois quanto mais cedo alterarem os comportamentos negativos, mais ganhos em saúde vão existir no futuro.

Para contribuir para a Promoção da Saúde, achámos pertinente utilizar métodos e técnicas ativas, por serem facilitadoras do processo de empoderamento dos próprios indivíduos e das comunidades, para que os mesmos realizem escolhas/decisões conscientes, responsáveis e saudáveis.

Como tal, para alcançar os objetivos definidos na etapa anterior, foram seleccionadas as seguintes estratégias:

- Efetuar pesquisa bibliográfica para um acréscimo do conhecimento, de forma a conseguir dar resposta às necessidades identificadas;
- Articulação e envolvimento, tanto das mestrandas, como da Professora Doutora Filomena Martins, responsável pelo Estágio, com a direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, através de reuniões preparatórias;
- Planeamento de sessões de EpS aos adolescentes que frequentam o 8º e 9º ano da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. Este planeamento pretende a intervenção nas áreas

prioritárias, e tem o intuito de tornar estas sessões apelativas, e interessantes para permitir cativar a atenção dos adolescentes e como tal, capacitá-los a optar por escolhas mais saudáveis. Estas sessões têm por base a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, uma vez que pretendemos alterar ou modificar comportamentos não saudáveis;

- Recorrer a reuniões quinzenais entre a professora responsável pelo Estágio e as mestrandas, para permitir um bom planeamento destas sessões;
- Avaliar a satisfação dos adolescentes nas sessões de EpS, através da aplicação de um questionário no final de cada sessão; (Apêndice XII)

Por estarmos a lidar com adolescentes, uma metodologia ativa e participativa, na sessão de EpS, tornar-se-ia o ideal para que os alunos pudessem interagir uns com os outros e com as próprias mestrandas, de forma a explorar diferentes pontos de vista, e dúvidas, bem como, captar a atenção e interesse dos mesmos, nos conteúdos abordados.

Tendo em conta os recursos envolvidos (Grupo de mestrandas e Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS) e querendo transmitir a nossa mensagem aos adolescentes, tivemos que optar pelas seguintes técnicas:

- Estabelecer uma ligação aos interesses dos adolescentes;
- Permitir que os adolescentes deem um feedback do seu ponto de vista pessoal e apreciar esse ponto de vista;
- Tornar os conteúdos da sessão relevantes, ligando-os a situações do quotidiano e com exemplos do seu próprio meio;
- Sermos autênticas e mostrarmos empatia para com os adolescentes durante a sessão de EpS;
- Enriquecer a sessão de EpS com atividades diferenciadas e em diferentes formatos.

1.5 – ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJETOS

Tendo por base Imperatori & Giraldes (1993: 30):

“A elaboração de programas e projectos é a primeira fase do planeamento operacional e consiste essencialmente no estudo detalhado das actividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objectivos.(...) exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, designadamente a identificação dos seus responsáveis, a fixação dos objectivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e seu financiamento (...) a análise de factibilidade financeira dos programas poderá conduzir a uma revisão das fases anteriores, tendo em vista adequar os recursos necessários aos recursos existentes e àqueles que é possível conseguir até ao fim do período do plano.”

Surge então a 5ª etapa do Planeamento em Saúde. Nesta fase, devido ao tempo delimitado, foi desenvolvido um Projeto de Estágio de Grupo (apêndice IV), tendo por base o PNSE (2006) e o PNS (2012-2016). Neste Projeto estão patentes os objetivos de grupo, a especificação detalhada das atividades (sessões de educação para a Saúde, no âmbito da promoção de hábitos de vida saudáveis), bem como, os recursos humanos e materiais necessários para desenvolver toda a intervenção para este Estágio. Vários autores referem que um projeto tem duas dimensões, a da intensão e a programação. Ou seja, a dimensão da intensão engloba o desejo das mestrandas em realizar algo, no espaço de tempo delimitado, enquanto que, a dimensão da programação vai englobar os aspetos formais e organizativos, de forma a construir a planificação.

Nesta etapa do Planeamento em Saúde, já tínhamos concluído, através do diagnóstico de saúde, do nosso “informante privilegiado” (Diretor da ESMS) e da Coordenadora do III Mestrado, quais as áreas prioritárias que mereciam a nossa intervenção em termos de EpS (consumo de álcool tabaco e substâncias ilícitas, a violência na escola e a sexualidade). Como tal, procedemos ao levantamento dos recursos disponíveis (humanos e materiais), efetuámos novamente pesquisa bibliográfica para ir ao encontro das estratégias definidas, escolhemos os meios, as técnicas e definimos a respetiva calendarização das sessões de EpS.

Decidiu-se nesta etapa e de acordo com o tempo que dispúnhamos (60 minutos por cada sessão), elaborar apresentações em power-point, um filme, folhetos e uma ““Caixa” para colocação de dúvidas”. Porém, a planificação foi sujeita a algumas reformulações como vem descrito no capítulo seguinte.

Por fim para uma avaliação global de todo este processo, e do produto final, ou seja, para avaliar a satisfação dos adolescentes, no final das nossas intervenções, elaborámos um questionário de satisfação (Apêndice XII).

Com tudo isto passámos da teoria à prática, ou seja entre o saber e o saber-fazer. Assim, há medida que realizávamos o Projeto de Estágio, emergíamos na etapa seguinte da Preparação da Execução.

1.6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 30):

“A *preparação da execução* é extremamente importante para bom êxito de um programa ou projecto. Dever-se-á nesta fase especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas e escolher quem será o responsável pelo seu acompanhamento.”

Nesta fase, para que o nosso projeto decorresse da melhor forma, foi essencial definir a disponibilidade/envolvimento de cada colega, a parceria e os recursos que a Escola Secundária Mouzinho da Silveira nos pôde facultar, bem como, planear assim, toda a intervenção. A evolução cronológica desta etapa decorreu no período de julho a novembro de 2013.

Um conhecimento mais aprofundado do contexto da população, transmitido pelo Diagnóstico de Situação de Saúde, bem como os fundamentos que orientam o Planeamento em Saúde, permitiu programar atividades direcionadas ao grupo alvo com muito maior probabilidade de êxito.

Posto isto, para a preparação da execução, optou-se por:

- Realizar reuniões de grupo quinzenais, para planear a nossa intervenção comunitária;
- Realizar reuniões periódicas de orientação com a Professora Coordenadora do III Mestrado e Orientadora do Estágio - a Professora Doutora Filomena Martins, com a finalidade de mobilizar as estratégias, acordar atividades e esclarecimento de dúvidas pontuais;
- Proceder à realização de uma reunião preparatória da intervenção comunitária com a nova Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira. A Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, sofreu alterações no fim do ano letivo 2013, não sendo na atualidade os mesmos elementos docentes que pertenciam à direção escolar, aquando da realização do Diagnóstico de Situação de Saúde. Como tal, procedeu-se de novo às apresentações; foram expostos os nossos objetivos; acordadas as temáticas para desenvolver nas sessões de EpS; definidas as datas para apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde a todos os professores da escola, bem como, acordadas as datas para as sessões de EpS e o espaço onde estas iriam decorrer, nomeadamente no Anfiteatro da Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

Inicialmente, pensou-se em realizar as sessões no auditório do Instituto Português do Desporto e Juventude [IPDJ], aos alunos que fizeram parte do Diagnóstico de Situação. No entanto, por conveniência da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, e tendo esta, condições físicas para o efeito, o espaço que ficou definido foi o do anfiteatro da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;

- Elaborar um cronograma das sessões de EpS que pretendíamos realizar. (Apêndice V);
- Elaborar uma apresentação em *Power-point*, dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde, para a direção e para todos os docentes da ESMS; (Apêndice VI);
- Elaborar uma apresentação em *Power-point* e um filme sobre “*Adolescentes, álcool, tabaco e drogas*”; (Apêndices VII e VIII);
- Elaborar uma apresentação em *Power-point* sobre “*Sexualidade*”; (Apêndice IX)
- Elaborar uma apresentação em *Power-point* e um folheto informativo sobre “*Bullying*”; (Apêndice X e XI);
- Inicialmente ainda se pensou em elaborar o jogo da “Caixa” para colocação de dúvidas. Este jogo, consistia em passar uma caixa de papelão pelas turmas e onde posteriormente cada adolescente colocaria as suas dúvidas de forma anónima dentro da caixa. Estas dúvidas seriam depois debatidas nas sessões de EpS. Porém, a Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira não demonstrou interesse neste recurso material, e optou-se pelo “jogo do envelope”;
- Elaborar o “jogo do envelope”. Consiste em vários envelopes que contêm perguntas e outros envelopes que contêm as respostas. Assim, um adolescente tira um envelope com a pergunta e outro adolescente tira o envelope da resposta. Tanto a pergunta, como a resposta, são lidas em voz alta para o público, favorecendo o debate entre todos os adolescentes e restantes intervenientes.

Estes recursos, advém do tempo que nos foi facultado pelos professores da Escola Secundária Mouzinho da Silveira para as sessões de EpS. Sendo sessões de apenas 60 minutos, optou-se por recursos que captem à atenção dos adolescentes num curto espaço de tempo, como é o caso do power-point e do filme. Para favorecer a troca de conhecimentos optou-se pelo jogo do envelope (de pergunta e resposta) e o folheto para esclarecimento de qualquer dúvida restante; Assim pensámos em utilizar estes métodos para que existisse uma maior colaboração e interação por parte dos alunos, evitando assim que as sessões fossem monótonas e sem interesse, para os mesmos. Promovemos assim o envolvimento dos alunos nas próprias sessões existindo uma maior participação por parte destes;

- Construir um questionário de satisfação para aplicar aos adolescentes no final das sessões de EpS, para avaliar a satisfação destes à nossa intervenção. (Apêndice XII).

Para por em prática o Projeto idealizado, contámos com alguns recursos, que permitiram o desenvolver deste, da forma mais elucidativa possível e tendo em conta a classe etária dos destinatários:

Recursos Humanos:

- Grupo de quatro alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP];
- Direção da ESSP;
- Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS;
- Direção e Professores da ESMS.

Recursos Materiais:

- Anfiteatro da ESMS;
- Meios audiovisuais (Computador e projetor multimédia e suportes como o *power-point* e o filme);
- Folheto informativo sobre o “*Bullying*” (Apêndice XI);
- Envelopes com perguntas e respostas, para fomentar o debate, a partilha de informação e conhecimentos.

O quadro que se segue traduz a explicitação e a evolução cronológica da preparação da execução.

Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandas; • Diretor da Escola Secundária Mouzinho da Silveira; • Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem. 	julho de 2013	Sala da Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira	Reunião: exposição dos objetivos; acordadas as temáticas a desenvolver nas sessões de EpS; definidas as datas para apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde a todos os professores da escola; acordadas as datas para as sessões de EpS e o espaço onde estas iriam decorrer.	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandas; • Diretor da Escola Secundária Mouzinho da Silveira; • Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; • Sala de reuniões da ESMS.

Quadro nº 1 - Preparação da execução “Articulação e envolvimento entre as mestrandas e a direção da ESMS ”

1.7 – EXECUÇÃO

No que concerne à fase da execução, esta decorreu no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014.

Esta fase, apresentou algumas falhas próprias da inexperiência das mestrandas e falhas extrínsecas às mesmas, como a indisponibilidade, e desinteresse por parte da nova direção da ESMS.

A sessão agendada para o dia 13 de novembro de 2013 às 14 horas, para a apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e a todos os docentes da ESMS, tinha para nós mestrandas uma importância significativa, uma vez que iríamos apresentar os resultados obtidos sobre os adolescentes de 8º e 9º ano da referida escola (Apêndice VI). Porém, não houve qualquer interesse por parte da comunidade docente em conhecer dados importantes sobre os adolescentes com os quais convivem e para os quais

leccionam diariamente. Nem a direção nem qualquer docente compareceu para a sessão agendada. Como tínhamos interesse em mostrar os dados obtidos com o Diagnóstico de Situação de Saúde, agendámos com a direção da ESMS, nova data para a apresentação dos dados. Ficou marcada para o dia 27 de novembro de 2013 às 14 horas e mais uma vez ninguém apareceu.

As sessões que estavam programadas para os dias 16 e 17 de dezembro de 2013, sofreram alterações no cronograma. Assim a sessão do dia 16 de dezembro de 2013 manteve-se, mas foram alteradas as restantes duas sessões para os dias 16 e 17 de janeiro de 2014.

Relativamente à sessão de EpS agendada para o dia 16 de dezembro de 2013, sobre “Consumo de Álcool Tabaco e Drogas”, esta foi dirigida, com indicação da Direção da ESMS, apenas para os delegados e subdelegados de cada turma, às quais foram aplicados os questionários (10 alunos de 8º ano e 12 alunos de 9º ano, um total de 22 alunos). O nosso objetivo era intervir junto de todos os adolescentes a quem foram aplicados os questionários e não apenas para 22 alunos. Apesar de não ter sido isto o planeado, também só fomos informadas desta decisão no próprio dia.

A sessão iniciou-se com a apresentação das mestrandas, do tema e dos objetivos desta sessão. De seguida, foi exibida a apresentação em “*power-point*” sobre o tema supracitado (Apêndice VII). Durante a apresentação promoveu-se o diálogo, uma vez que os adolescentes se mostraram muito participativos, interessados e entusiasmados com este tema. Assim, foi explicado o conceito de droga e a classificação das mesmas; foram abordados ainda os efeitos prejudiciais destas substâncias (psíquicos e físicos); e por fim as formas de consumo. Notou-se que houve maior participação e interesse aquando da explicação dos efeitos prejudiciais das drogas.

Posteriormente à apresentação em “*power-point*”, foi exibido o filme que elaborámos, o qual continha imagens e frases sobre esta temática, ao mesmo tempo que decorria uma música de um grupo muito conhecido por esta faixa etária, os “One Direction”. Tudo foi pensado ao pormenor, para conseguirmos captar a atenção dos adolescentes. Enquanto visualizavam o filme, estiveram sempre concentrados (Apêndice VIII).

O “jogo do envelope” foi realizado no final da sessão de EpS. Este jogo revelou-se uma estratégia muito eficaz em termos da promoção do diálogo e da interação entre os adolescentes. Assim, foram distribuídos pela plateia, cinco envelopes que continham uma pergunta diferente em cada, e mais cinco envelopes que continham a resposta aos outros envelopes. Cada envelope continha uma cor e a resposta estava no envelope da cor igual ao envelope da pergunta. Quando um adolescente lia em voz alta a pergunta, os restantes

começavam logo a dar a resposta e assim se formou um debate entre todos os intervenientes. Pensamos que foi uma interação muito rica em termos de aprendizagem e de conhecimentos assimilados e lembrados.

É de referir que esta sessão de EpS teve como pedra basilar a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura. Tentou-se que, o “*power-point*” e o filme, fossem métodos com referências das quais os adolescentes pudessem aprender observando (modelo), o que vai ao encontro da Teoria de Bandura. Esta defende que a personalidade é constituída pelas aprendizagens que resultam das interações sociais, ou seja, aprendemos também com os comportamentos realizados pelos outros indivíduos e pelas consequências (quer positivas, quer negativas), que deles advém. (modelação).

Na parte final da apresentação foram distribuídos os questionários de satisfação da sessão, aos adolescentes (Apêndice XII). Na entrega dos questionários, conseguimos perceber que os adolescentes gostaram e assimilaram novos conhecimentos porque eles próprios fizeram questão de o mencionar. Não podemos deixar de salientar que, só por este facto já ficámos satisfeitos, pois isso demonstrou que conseguimos ir ao encontro das expectativas destes adolescentes. Ao mostrarmos as consequências negativas de determinados comportamentos, esperamos fomentá-los a ter escolhas mais saudáveis e conscientes.

Para as sessões de EpS do dia 16 de janeiro de 2014, sobre “Violência na Escola (*Bullying*)”, e do 17 de janeiro de 2014 sobre “Sexualidade”, mais uma vez nos deparamos com o grande desinteresse da ESMS. Estas sessões não chegaram a ser realizadas, porque os professores e a direção acabaram por desistir das sessões programadas. Lamentamos o ocorrido, pois é através deste tipo de sessões que podemos capacitar os adolescentes a optar por escolhas mais saudáveis, uma vez que são temas que por vezes não são abordados pelos professores.

Para complementar o nosso Estágio e concluí-lo da melhor forma, foi-nos proposto pela orientadora do Mestrado, fazer uma apresentação dos dados do Diagnóstico de Situação de Saúde e das restantes etapas do Planeamento em Saúde, a duas turmas de 1º ano de Enfermagem. Estas apresentações ocorreram na disciplina de Epidemiologia, no dia 22 de janeiro de 2014 às 15:30 e no dia 23 de janeiro de 2014 às 14:30. (Apêndice XIII) Tinham o intuito de dar a conhecer a Metodologia do Planeamento em Saúde, com uma situação real e recente. Achamos que foi bastante proveitoso, pela participação e interesse mostrado pelos alunos.

Em Apêndice constam o vídeo em formato de diapositivos, o folheto sobre o “*bullying*”, que não chegou a ser distribuído, e as apresentações em “*power-point*” elaboradas pelas

mestrandas, tanto da sessão de EpS que chegou a ser realizada, bem como, das que não chegaram a ser realizadas,

Os quadros que se seguem traduzem a explicitação e a evolução cronológica da execução.

Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
<ul style="list-style-type: none">• Mestrandas;• Direção e Docentes da ESMS .• Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem.	13 de novembro de 2013 às 14:00	Anfiteatro da ESMS	De acordo com o que ficou definido com o diretor da ESMS na reunião (julho de 2013)	<ul style="list-style-type: none">• Mestrandas;• Adolescentes do 8º e 9º Ano;• Projetor;• Computador portátil;• Envelopes.• Anfiteatro da ESMS• Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem.

Quadro nº 2 – Execução: “Sessão de apresentação dos Resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e Docentes da ESMS ”

Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandas; • Adolescentes do 8º e 9º Ano da ESMS. • Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem. 	16 de dezembro de 2013 às 14:00	Anfiteatro da ESMS	Plano de sessão elaborado no Projeto do Estágio (Apêndice IV)	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandas; • Adolescentes do 8º e 9º Ano; • Projetor; • Computador portátil; • Envelopes. • Anfiteatro da ESMS • Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem.

Quadro nº 3 – Execução: “Elaboração de sessões de EpS aos Adolescentes que frequentam o 8º e 9º Ano da ESMS ”

1.8 – AVALIAÇÃO

De acordo com Imperatori & Giraldes (1993: 30):

“na fase de avaliação, haverá que distinguir entre a avaliação a curto prazo, só possível através dos indicadores de processo ou actividade que serviram para fixar metas, e uma avaliação a médio prazo, que se faz em relação aos objectivos fixados em termos de indicadores de impacto ou resultado. Daqui deriva que a avaliação anual é, essencialmente, uma avaliação das actividades dos serviços de saúde, enquanto a de médio prazo é uma avaliação dos resultados obtidos nos principais problemas de saúde.”

Chegando à última etapa do Planeamento em Saúde, e com todos os percalços que foram surgindo, temos que nos apoiar numa citação de Imperatori (1982:127-128) que refere que “a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência; e não só justificar as actividades já realizadas ou identificar insuficiências como frequentemente acontece.”

Assim, no que concerne à avaliação da intervenção comunitária junto dos adolescentes da ESMS, vamos rever se as estratégias que foram seleccionadas, a preparação da execução e a própria execução, foram precisas e pertinentes, a fim de cumprimos os objetivos.

De acordo com o Ministério da Saúde, (2009)

“A **avaliação** é a **quantificação periódica** da mudança nos resultados alcançados em cada programa ou projecto. Ou seja, a avaliação tenta estabelecer uma relação directa entre um determinado output ou outcome com uma intervenção, depois de decorrido um determinado período de tempo.”

Esta etapa decorreu no período de dezembro a janeiro. Podia ter sido realizada no fim da sessão de EpS de 16 de dezembro de 2013, porém, só conseguimos trabalhar os dados durante o mês de janeiro, uma vez que estavam agendadas mais sessões para este mês (que não chegaram a ser efetuadas). Podemos afirmar que no geral, e dentro do que nos foi permitido pela Direção da ESMS conseguimos atingir os objetivos, uma vez que promovemos a capacitação e empoderamento dos adolescentes no âmbito da aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis, nomeadamente ao nível do “Consumo de Álcool Tabaco e Drogas”; também para esta temática, desenvolvemos atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção, sendo uma das necessidades identificadas com o Diagnóstico de Situação de Saúde; contribuímos para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente a esta problemática; reforçamos os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, na adolescência e avaliámos a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito do “Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas”.

No que diz respeito aos indicadores da atividade, podemos dizer que efetuámos a pesquisa bibliográfica em termos de *guidelines* sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes e fizemos as reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem. Porém, não conseguimos a realização de três Sessões de EpS, como tínhamos delineado no início, por razões extrínsecas a nós mestrandas, já mencionadas anteriormente. Assim, foi apenas efetuada uma sessão sobre o “Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas”.

Como Técnicos de Saúde, já sabemos que nem sempre as coisas surgem como planeadas, visto que estamos a lidar diariamente com indivíduos, grupos e comunidades, sendo que cada um é um elemento diferente, ao qual nos temos que adaptar. Por vezes temos que contornar as situações, reformular e ir ao encontro das necessidades de cada um, e fazer delas um crescimento pessoal e profissional.

Para esta fase da avaliação, nomeadamente no que se refere aos indicadores de resultado da atividade, foi elaborado por nós, um questionário para determinar a satisfação dos adolescentes relativamente à pertinência e finalidade das sessões de EpS. É certo que este questionário de avaliação deveria ser direcionado para a avaliação de comportamentos que conseguimos alterar e não para a avaliação da satisfação relativamente às nossas sessões. Mas

é evidente que para se conseguir medir a alteração dos comportamentos, necessitaríamos de uma intervenção mais prolongada da que ocorreu. Como tal, temos que nos restringir aos resultados momentâneos.

Assim, no final da sessão de EpS, aplicámos o questionário de satisfação a todos os adolescentes que foram alvo desta intervenção, sendo que todos responderam a este (Apêndice XII).

O quadro que se segue traduz a explicitação e a evolução cronológica da avaliação.

Quem	Quando	Onde	Como	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandas; • Adolescentes do 8º e 9º Ano da ESMS (delegados e os subdelegados de cada turma) 	16 de dezembro de 2013 às 14:00	Anfiteatro da ESMS	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação dos questionários; (Apêndice XII) • Tratamento e análise dos Resultados obtidos em janeiro de 2014. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestrandas; • Adolescentes do 8º e 9º Ano; • Computador portátil; • Questionários; • Anfiteatro da ESMS.

Quadro nº 4 - Avaliação das sessões de EpS aos Adolescentes que frequentam o 8º e 9º Ano da ESMS

A intervenção comunitária abrangeu um total de 22 adolescentes das turmas de 8º e 9º ano da ESMS. De acordo com o estipulado pela direção da ESMS, apenas assistiram à nossa sessão de EpS, os delegados e os subdelegados de cada turma, o que perfaz 10 alunos do 8º ano e 12 alunos do 9º ano.

Para tal, foi efetuada uma análise quantitativa às perguntas fechadas deste questionário de satisfação, utilizando também o *software* SPSS®, versão 21.0 para *Windows*. O questionário apresentava uma pergunta aberta à qual não se procedeu à sua análise, uma vez que não foram obtidos dados para se poderem analisar. (Apêndice XII)

As tabelas que se seguem, traduzem as respostas obtidas nos questionários.

Modo como te sentiste durante a sessão	N.	%	Casos Válidos (%)
Pouco satisfeito	1	4,5	4,5
Satisfeito	10	45,5	45,5
Muito satisfeito	6	27,3	27,3
Extremamente satisfeito	5	22,7	22,7
Total:	22	100	100

Tabela n.º 15 – Distribuição da População por modo como te sentiste durante a sessão.

Relativamente à questão “Modo como te sentiste durante a sessão”, pode-se verificar que a maioria dos adolescentes referiu que se encontrava *satisfeito* (45,5%), *muito satisfeito* (27,3%) e até *extremamente satisfeito* (22,7%).

Pertinência dos temas abordados	N.	%	Casos Válidos (%)
Satisfeito	4	18,2	18,2
Muito satisfeito	10	45,5	45,5
Extremamente satisfeito	8	36,4	36,4
Total:	22	100	100

Tabela n.º 16 – Distribuição da População por pertinência dos temas abordados.

Na pergunta “pertinência dos temas abordados” verifica-se que a percentagem mais elevada, com 10 alunos a responderem a esta questão, é a resposta *muito satisfeito* (45,5%), seguida da resposta *extremamente satisfeito* (36,4%) e por fim *satisfeito* (18,2%). Com estas respostas, verifica-mos mais uma vez que esta temática era um dos problemas encontrados com o Diagnóstico de Situação de Saúde, ao qual tínhamos que intervir.

Modo como os temas foram abordados	N.	%	Casos Válidos (%)
Muito satisfeito	15	68,2	68,2
Extremamente satisfeito	7	31,8	31,8
Total:	22	100	100

Tabela n.º 17 – Distribuição da População por modo como os temas foram abordados.

Quando questionados pelo “modo como os temas foram abordados” pode-se verificar que os adolescentes gostaram das técnicas utilizadas por nós, para lhes transmitir a informação. As respostas que se apresentam foram a de *muito satisfeito* com 68,2% (15 alunos) e *extremamente satisfeito* com 31,8% (7 alunos a dar esta resposta).

Esclarecimento de dúvidas	N.	%	Casos Válidos (%)
Satisfeito	4	18,2	18,2
Muito satisfeito	9	40,9	40,9
Extremamente satisfeito	9	40,9	40,9
Total:	22	100	100

Tabela n.º 18 – Distribuição da População por esclarecimento de dúvidas.

Da análise à pergunta “esclarecimento de dúvidas”, pode-se verificar que as percentagens mais elevadas são a de *muito satisfeito* e *extremamente satisfeito*, ambas com 40,9%, seguidas da resposta, *satisfeito* com 18,2%. Como tal, verifica-se que fomos ao encontro das dúvidas dos adolescentes, o que para nós é muito positivo.

A sessão correspondeu às tuas expetativas	N.	%	Casos Válidos (%)
Satisfeito	4	18,2	18,2
Muito satisfeito	8	36,4	36,4
Extremamente satisfeito	10	45,5	45,5
Total:	22	100	100

Tabela n.º 19 – Distribuição da População por forma como a sessão correspondeu às tuas expetativas.

No que concerne à pergunta “A sessão correspondeu às tuas expetativas”, a percentagem mais elevada foi à resposta de *extremamente satisfeito* (45,5%), seguida da resposta *muito satisfeito* (36,4%) e por fim a resposta *satisfeito* com 18,2%.

Estas respostas por parte dos adolescentes, só demonstram que nós, Técnicas de Saúde, conseguimos transmitir-lhe a mensagem que pretendíamos, ou seja, conseguimos captar a atenção destes adolescentes para os maus comportamentos ao nível da temática abordada. Estes resultados, são para nós muito gratificantes, pois recompensam todo o esforço efetuado para chegarmos até aqui.

Grau de satisfação da sessão em geral	N.	%	Casos Válidos (%)
Pouco satisfeito	1	4,5	4,5
Satisfeito	2	9,1	9,1
Muito satisfeito	10	45,5	45,5
Extremamente satisfeito	9	40,9	40,9
Total:	22	100	100

Tabela n.º 20 – Distribuição da População por grau de satisfação da sessão em geral.

Esta última tabela, vai ao encontro dos Indicadores de Resultado da Atividade, definido à priori, pelas mestrandas.

Assim, na pergunta de qual o “grau de satisfação da sessão em geral”, verifica-se que a resposta com maior percentagem é a de *muito satisfeito* com 45,5%, seguida da resposta *extremamente satisfeito*, com 40,9%. E, tal como se pode verificar, atingiu-se o objetivo para esta sessão, uma vez que se obteve mais de 95,7% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação, na categoria *Satisfeito* ou mais ($9,1\% + 45,5\% + 40,9\% = 95,7\%$).

É ainda importante realçar que, “No espírito da investigação, acção, qualquer plano implementado deve ser sujeito a reflexão, sendo a avaliação condição para a correcção da planificação em função do que se pretende realmente mudar.” (Rodrigues, 2000: 6)

De seguida é apresentado um quadro onde consta todo o percurso efetuado pelas Mestrandas:

Data	Atividades	Atuação
abril de 2013	<ul style="list-style-type: none"> Escolha das temáticas que nos despertaram interesse para intervir na comunidade. “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunimos com a Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem onde referimos que tínhamos interesse pelas temáticas: <ul style="list-style-type: none"> “Adolescência” e os “Hábitos de Vida Saudáveis”; E decidimos conjugar: “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”.
	<ul style="list-style-type: none"> Escolha do instrumento de colheita de dados. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedemos à elaboração de um pedido de autorização para aplicação do questionário elaborado pela Exma. Mestre em Enfermagem Renata Catarina Alves Brito, e utilizado na sua Tese de Mestrado em Enfermagem, intitulada: <i>“Os hábitos de saúde dos adolescentes: realidade numa instituição de ensino particular.”</i>
	<ul style="list-style-type: none"> Telefonema para a Professora Doutora Maria Arlanda (Diretora da ESMS); 	<p>Começamos por propor uma reunião com o grupo das mestrandas para solicitar a realização de um Estudo de Diagnóstico de Situação de Saúde;</p>
	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com a Diretora da ESMS (29-04-2013); 	<p>Procedemos à apresentação do grupo de Mestrandas; Foram expostos os nossos objetivos; ficaram acordados os anos onde deveríamos intervir e foram entregues, à posteriori, os pedidos de autorização para distribuir aos pais, para estes terem conhecimento, e concordarem ou não, com o preenchimento dos questionários por parte dos seus educandos.</p>

maio de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • 10-05-2013 data limite, para entrega dos pedidos de autorização assinados pelos Encarregados de Educação para o preenchimento dos questionários por parte dos seus educandos. 	Após aprovação para a realização Estudo de Diagnóstico de Situação de Saúde “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”, retomámos à ESMS para buscar os pedidos de autorização assinados pelos Encarregados de Educação (foram separados os autorizados dos não autorizados).
	<ul style="list-style-type: none"> • 13 e 14-05-2013 aplicação dos questionários às turmas de 7º e 8º Ano (232 alunos) da ESMS. 	Depois de termos na nossa posse o consentimento de cada encarregado de Educação, aplicámos os questionários. Dividimos o grupo das mestrandas e fomos duas pessoas por cada turma.
julho de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a nova Direção da ESMS (a Direção da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, sofreu alterações no fim do ano letivo 2013) 	Devido à alteração dos elementos da Direção da ESMS, surgiu a necessidade de reunir. Assim foram expostos os nossos objetivos; acordadas as temáticas a desenvolver nas sessões de EpS; definidas as datas para apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde a todos os professores da escola; acordadas as datas para as sessões de EpS e o espaço onde estas iriam decorrer. Foram definidas as temáticas “Álcool, tabaco e drogas”, “sexualidade” e “bullying” para as sessões de EpS.
setembro e outubro de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Projeto de Estágio. 	Neste Projeto estão patentes os objetivos de grupo, a especificação detalhada das atividades (sessões de educação para a Saúde, no âmbito da promoção de hábitos de

		vida saudáveis), bem como, os recursos humanos e materiais necessários para desenvolver toda a intervenção para este Estágio.
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração do Cronograma das diferentes atividades. 	Procedemos à elaboração de um cronograma onde constam as datas, o local e as temáticas que vamos intervir na sessão de EpS.
novembro de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Preparação das sessões de EpS 	Nesta etapa foram realizadas reuniões quinzenais entre as mestrandas e reuniões periódicas com a Coordenadora do III Curso de Mestrado. Foi preparado o material didático que utilizámos nas sessões de EpS, nomeadamente, os <i>power-points</i> , o filme, o folheto, o “jogo do envelope” e o questionário de satisfação.
	<ul style="list-style-type: none"> • 13 e 27-11-2013 Sessão de apresentação dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e a todos os professores da ESMS; 	<ul style="list-style-type: none"> • Neste dia deslocámo-nos à ESMS para apresentar os resultados obtidos com o Diagnóstico de Situação de Saúde. Porém, não houve qualquer interesse por parte da comunidade docente em conhecer dados importantes sobre os adolescentes com os quais convivem e para os quais lecionam diariamente. Nem a direção nem qualquer docente compareceu nas sessões agendadas.
dezembro de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da sessão de EpS no dia 16-12-2013, sobre “Consumo de Álcool Tabaco e Drogas”. 	Esta sessão foi dirigida, com indicação da Direção da ESMS, apenas para os delegados e subdelegados de cada turma, às quais foram aplicados os questionários (10 alunos de 8º ano e 12 alunos de 9º ano, um total de 22

		alunos). - No final foi distribuído um questionário de satisfação da sessão de EpS.
janeiro de 2014	<ul style="list-style-type: none"> • Cancelamento das sessões de EpS sobre “sexualidade” e sobre “bullying”. 	Mais uma vez nos deparámos com o grande desinteresse da nova Direção da ESMS. Estas sessões não chegaram a ser realizadas, porque os professores e a direção acabaram por desistir das sessões programadas. Lamentamos o ocorrido.
	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito do “Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas”. Inseridos os dados no Programa de SPSS. 	Podia ter sido realizada no fim da sessão de EpS de 16 de dezembro de 2013, porém, só conseguimos trabalhar os dados durante o mês de janeiro, uma vez que estavam agendadas mais sessões para este mês (que não chegaram a ser efetuadas). Atingiu-se o objetivo para esta sessão, uma vez que se obteve mais de 95,7% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação, na categoria <i>Satisfeito</i> ou mais ($9,1\% + 45,5\% + 40,9\% = 95,7\%$).
	<ul style="list-style-type: none"> • No dia 22 e 23-01-2014 Apresentação dos dados do Diagnóstico de Situação de Saúde e das restantes etapas do Planeamento em Saúde, a duas turmas de 1º ano de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Portalegre . 	Para complementar o nosso Estágio e concluí-lo da melhor forma, foi-nos proposto pela orientadora do Mestrado, fazer uma apresentação dos dados do Diagnóstico de Situação de Saúde e das restantes etapas do Planeamento em Saúde, a duas turmas de 1º ano de Enfermagem. Estas apresentações ocorreram na disciplina de Epidemiologia.

Quadro nº 5 – Síntese do percurso efetuado pelas Mestrandas

III – DISCUSSÃO E ANÁLISE CRÍTICA

1 – DISCUÇÃO DOS RESULTADOS

Na nossa profissão, temos o dever ético de assumir a responsabilidade pelo indivíduo e pela própria comunidade em geral, identificando os seus problemas e intervindo junto destes para satisfazer as suas necessidades.

O Estágio, descrito no presente relatório, advém de uma intervenção na comunidade que visou o empoderamento dos adolescentes que assistiram à sessão de EpS sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas, para tomadas de decisões saudáveis neste âmbito.

A atuação das mestrandas iniciou-se com a elaboração de um Diagnóstico de Situação de Saúde, aos adolescentes de 7º e 8º Ano da ESMS, que permitiu identificar problemas e determinar necessidades destes indivíduos, revelando-se como um elemento essencial para a realização do estágio. Através dos dados obtidos neste Diagnóstico de Saúde, toda a intervenção comunitária, ao nível do referido Estágio direcionou-se para três temáticas principais: Álcool, Tabaco e Drogas; Violência na Escola (Bullying) e Sexualidade.

De acordo com, Loureiro (2003:19) “É de salientar que os comportamentos de risco socialmente reprováveis tendem a agrupar-se, no sentido em que o indivíduo que se envolve num comportamento tem maior probabilidade de iniciar outros tipos de comportamento de risco.”

O Estágio decorreu no período de 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014 (2º Ano – 1º semestre), na ESMS, em Portalegre, e tem a finalidade de validar competências, conferindo o grau académico de Mestre em Ciências de Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária previsto pela Ordem dos Enfermeiros.

Por ter sido um Estágio em contexto comunitário, *in loco*, tornou-se uma experiência enriquecedora do ponto de vista da diversidade de experiências que proporcionou, e fundamental para o nosso processo formativo e para a nossa prestação de cuidados daqui em diante. Tornou-me uma pessoa capaz de avaliar o estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, e de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Assim, é de destacar que:

- Durante o Estágio, adquiriu conhecimentos sobre a Metodologia do Planeamento em Saúde (elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde, definição prioridades, fixação de

objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, execução das atividades e avaliação) indo ao encontro das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária;

- A operacionalização do Estágio foi conseguida através reuniões realizadas com as colegas de grupo e a coordenação deste mestrado;

- Com a elaboração do Projeto de Estágio, conseguimos definir a nossa linha orientadora para o Estágio e para as sessões que pretendíamos realizar;

- O Cronograma das sessões, não foi cumprido na totalidade uma vez que as sessões sobre a “violência na escola- bullying” e “sexualidade”, não chegaram a ser realizadas, porque os professores e a direção acabaram por desistir das sessões programadas. Da nossa parte só podemos lamentar o ocorrido, pois estas sessões seriam importantes para retirar possíveis dúvidas e capacitar os adolescentes para hábitos e comportamentos saudáveis;

- É de realçar o acolhimento e a total disponibilidade da Direção da ESMS (mais propriamente a Professora Doutora Maria Arlanda) na realização do Diagnóstico de Situação de Saúde aos alunos da ESMS;

- Infelizmente, a articulação e envolvimento com a nova Direção e Professores da ESMS, não foi muito positiva, uma vez que não mostraram interesse em conhecer os resultados obtidos com o nosso Diagnóstico de Situação de Saúde, nem em realizar as sessões de EpS já agendadas, chegando mesmo a anular as sessões. Penso que não valorizaram o papel das enfermeiras mestradas, como elementos importantes na Educação e na Promoção de Hábitos Saudáveis destes adolescentes;

- Como tal, apesar de estarem programadas três sessões de EpS, foi realizada uma única sessão de EpS, junto dos adolescentes (e apenas para os delegados e subdelegados de cada turma de 8º e 9º Ano) sobre “Consumo de Álcool Tabaco e Drogas”. Queríamos ter efetuado a sessão para todos os adolescentes a quem foram aplicados os questionários e não apenas para 22 alunos (10 alunos de 8º ano e 12 alunos de 9º ano). Mas foi um aspeto que nos ultrapassou.

- Na sessão foi exibida uma apresentação em “*power-point*” sobre o tema supracitado, onde foi explicado o conceito de droga e a classificação das mesmas; abordados os efeitos prejudiciais destas substâncias (psíquicos e físicos); e as formas de consumo. Foi também exibido o filme e promovido o diálogo e a interação com o “jogo do envelope”;

- É de lembrar que esta sessão de EpS teve por base a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, que defende que a personalidade de um indivíduo é constituída pelas aprendizagens que resultam das interações sociais - modelação.

- Relativamente à metodologia utilizada nas sessões (ativa e participativa), verificou-se que esta fomentou a participação e interação entre todos os intervenientes da sessão de EpS.

Segundo Boné & Bonito (2014) “A comunicação é um processo universal entre os seres humanos, através do qual se adquire a cultura envolvente, se partilha informação e atua intensionalmente com o objetivo de influenciar o comportamento dos outros.”

Da nossa parte, houve a preocupação de mostrar empatia para com os adolescentes, de adequar a linguagem e terminologia científica para que fosse de fácil a perceção para os adolescentes. Para estabelecer uma ligação aos interesses dos adolescentes tornámos os conteúdos da sessão relevantes, ligando-os a situações do quotidiano e com exemplos do seu próprio meio; houve feedback com o ponto de vista pessoal de cada um;

Achamos que foi conseguida uma partilha de conhecimentos e clarificação de ideias e dúvidas. Também conseguimos enriquecer a sessão de EpS com atividades diferenciadas e em diferentes formatos, através das técnicas utilizadas, nomeadamente *power-point*, o filme e o “jogo do envelope”, que motivaram a participação e o interesse dos adolescentes;

- Assim, pensamos que fomos ao encontro do PNSE (2006) bem como, do PNS (2012-2016).

Pois de acordo com as estratégias do PNSE (2006), estas “inscrevem-se na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.”

- É da nossa opinião que, esta intervenção se pode traduzir futuramente em ganhos potenciais em saúde, pois tivemos a capacidade de intervir sobre os adolescentes através da temática do consumo de álcool, tabaco e drogas, cuja causa é evitável e controlável nesta faixa etária. Pois de acordo com o PNS (2012-2016) “**Ganhos Potenciais em Saúde (GPS)** são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis.”

É da nossa perspectiva que a intervenção de EpS vai servir, de algum modo, para opções de hábitos saudáveis, uma vez que através de todo o método de Planeamento em Saúde, conseguimos perceber quais as necessidades destes adolescentes e atuar perante um dos problemas que identificámos, com os recursos disponíveis. Como tal, no que concerne a esta temática esperamos ter contribuído para aumentar os anos de vida destes indivíduos e diminuir os episódios de doença associados aos hábitos nocivos e incorretos.

Segundo o PNS (2012-2016, citado por MS, 2000) “traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição

das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde”

Assim, tendo por base a citação anterior, e apesar de ser um grupo restrito penso que, certamente, contribuímos para que estes adolescentes estejam mais informados e capacitados para escolhas certas ao fomentarmos neles, hábitos saudáveis. Como tal, contribuímos para obter ganhos em saúde no futuro, pois são adolescentes que podem certamente reduzir problemas patológicos relacionados com hábitos incorretos.

Ao terem sido transmitidas informações a estes adolescentes, muitos deles poderão transmitir esses conhecimentos a outros amigos, colegas,...sendo assim, podem tornar-se um grupo que direta ou indiretamente contribuirão para evitar comportamentos e hábitos de risco relacionados com o consumo de álcool, tabaco e drogas.

- No que se refere aos indicadores de resultado da atividade, foi ainda avaliada a satisfação dos adolescentes face à pertinência e finalidade da sessão de EpS desenvolvida sobre a temática apresentada, através de um questionário de satisfação (Apêndice XII); E efetuada, à posteriori, a análise estatística dos resultados obtidos. Sabemos que o questionário de avaliação deveria ser direcionado para a avaliação de comportamentos que conseguimos alterar e não para a avaliação da satisfação relativamente às nossas sessões. Porém, para se conseguir medir a alteração dos comportamentos, necessitaríamos de uma intervenção mais alargada. Deste modo, tivemos que nos limitar aos resultados momentâneos. Porém ficámos satisfeitos pelos resultados obtidos com o questionário de satisfação, pois 95,7% dos adolescentes respondeu na categoria *Satisfeito* ou mais, na escala de satisfação, demonstrando que conseguimos chegar até eles e transmitir a mensagem pretendida;

- Assim, tendo em conta as adversidades externas a nós mestradas, consideramos que os objetivos traçados e respetivos indicadores foram atingidos.

No que concerne às metas estabelecidas, podemos referir de forma sucinta que:

- Foi efetuado um Diagnóstico de Situação de Saúde a 232 Adolescentes de 7º e 8º Ano da ESMS;
- A intervenção comunitária (Estágio) direcionou-se para três temáticas principais: “Álcool, Tabaco e Drogas”; “Violência na Escola (Bullying)” e “Sexualidade”;
- Foi realizada apenas uma das três sessões previstas. Mas isto ocorre por razões extrínsecas às mestradas;

- Apenas assistiram à sessão de EpS os delegados e subdelegados das turmas de 8º e 9º ano. Porém estes visualizaram o *power-point*, o vídeo e jogaram ao “jogo do envelope”;
- Na sessão de EpS realizada, 95,7% dos adolescentes respondeu na categoria *Satisfeito* ou mais, na escala de satisfação, atingindo-se o objetivo proposto;
- Pretendemos ter contribuído para que estes adolescentes que estiveram presentes na sessão de EpS, estejam capacitados para optarem por escolhas saudáveis relativamente a esta temática;
- Fomos ao encontro do PNSE (2006) e do PNS (2012-2016).

Penso porém, que devo referir que existiram algumas lacunas no decorrer do estágio, nomeadamente:

- o facto de ser a primeira vez que efetuei um estudo desta natureza, e como tal, a pouca experiência em contexto de Metodologia do Planeamento em Saúde associada à limitação temporal do nosso estágio, impediu um aprofundar de conhecimentos sobre estes adolescentes e a reavaliação dos conhecimentos e comportamentos obtidos com a nossa intervenção. Ou seja, dado ao período reduzido de Estágio, não foi possível uma continuidade no acompanhamento destes adolescentes e a verificação/confirmação da alteração, ou não, de comportamentos de risco.

- devido à limitação temporal, o questionário de satisfação por nós elaborado e aplicado no final da sessão de EpS, serve apenas para termos uma noção, se conseguimos transmitir a mensagem que pretendíamos ao público em questão. Deveríamos ter tido a possibilidade de alguns meses mais tarde aplicar um novo instrumento de colheita de dados, aos mesmos alunos, de forma a perceber o impacto que a nossa intervenção teve na alteração de comportamentos incorretos.

Todavia, este questionário de satisfação permitiu perceber a importância que os adolescentes atribuíram à sessão que assistiram. Assim, pensamos que o nosso trabalho e esforço foram reconhecidos, pois todos os adolescentes que assistiram à sessão responderam ao questionário e 95,7 % responderam na escala de satisfeito ou mais, levando a crer que ficaram satisfeitos com o tema abordado, com os métodos usados e que viram esclarecidas as suas dúvidas;

Porém, apesar destas limitações, próprias da inexperiência das mestrandas e das limitações temporais, a realização deste Estágio revelou-se de grande importância pois permitiu ampliar e consolidar conhecimentos, que sem o mesmo não teria sido possível.

Foi através deste Estágio que conseguimos adquirir competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, enunciadas no capítulo seguinte.

Dado a adolescência ser uma fase em que o indivíduo está mais vulnerável ao risco, e por ser nesta fase etária que se define a identidade sexual, a personalidade, bem como os papéis que indivíduo vai desempenhar na sociedade, torna-se assim, fundamental intervir junto dos adolescentes, de forma a capacitá-los e prepará-los para as diferentes etapas da vida, com o intuito de conseguirem enfrentar os diferentes e contínuos desafios da comunidade.

De acordo com Antunes (1998) sendo a adolescência um “período de múltiplas e variadas transformações, a vulnerabilidade às drogas e a outros problemas de comportamento, leva à busca de prazer imediato, pelo que urge ajudar os jovens, através duma informação eficaz, a viver sem estas substâncias”.

Assim, visto que é neste período de vida que são definidas escolhas de estilos de vida, é nos adolescentes que mais se devem recair medidas de Promoção da Saúde, pois terão influência direta na sua vida futura.

Tal como refere Antunes (1998:37) “As estratégias destinadas a evitar os diversos aspectos desta problemática têm, forçosamente, de contemplar modelos de prevenção baseados na educação sobre os perigos destes tóxicos, fornecendo informações acerca dos efeitos nocivos, físicos e psicológicos que lhes estão associados.” Posto isto, foi este tipo de estratégia que nós adotámos na sessão de EpS que realizámos.

Em síntese, com este Estágio e com o curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, emerge a necessidade de trabalhar numa perspetiva de cuidados com a comunidade, garantindo ensinamentos e cuidados de proximidade nos locais onde o indivíduo vive, estuda ou trabalha.

É necessário contribuir para a mudança de comportamentos, e centrar os nossos cuidados na Promoção da Saúde, nas pessoas e não na doença como por vezes acontece. É urgente ponderar que é muito mais barato fazer uma boa prevenção e promoção. Só com esta perspetiva se poderão obter ganhos futuros em saúde.

2 – EVOLUÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

Segundo o REPE, e sendo este um mestrado que confere o grau de especialização, o

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (citado pela Ordem dos Enfermeiros, 1996: 3)

Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pela Ordem dos Enfermeiros (2010), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária assume um papel de relevo no que respeita a alcançar ganhos em saúde, devido aos seus conhecimentos e à experiência clínica que lhe proporcionam uma elevada capacidade de responder às necessidades dos seus clientes, sejam eles indivíduos, grupos ou comunidades.

Tal como é evidenciado no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pela Ordem dos Enfermeiros (2010: 2):

“ 1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Em seguida são descritas as atividades realizadas durante o Estágio que permitiram adquirir conhecimentos e experiências que me confirmam competências específicas em Enfermagem Comunitária e a minha evolução enquanto pessoa e profissional:

a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade:

Com este curso de Mestrado aprendemos a utilizar a Metodologia do Planeamento em Saúde, onde procedemos à elaboração do Diagnóstico de Situação de Saúde de uma população, nomeadamente dos alunos do 7º e 8º ano, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre. Posteriormente, face aos resultados obtidos com o Diagnóstico de

Situação de Saúde, foram estabelecidas prioridades em saúde, foram formulados objetivos e estratégias, efetuou-se um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados (Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas, Sexualidade e Violência na Escola – Bullying) e por último procedeu-se à avaliação da atividade que foi desenvolvida.

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades:

Intervir ao nível dos Hábitos de Vida nomeadamente, consumo de Álcool, Tabaco e Drogas, Sexualidade e Violência na Escola – Bullying, significa promover o bem-estar biopsicossocial de cada indivíduo, prevenindo não só as patologias associadas aos maus comportamentos, mas sim conceder a cada um, instrumentos e estratégias que permitam uma vivência satisfatória, responsável e consciente dos seus próprios comportamentos. Como é na adolescência que se observa uma maior dificuldade na avaliação dos riscos, a nossa intervenção, só se torna produtiva se se conseguirem obter mudanças de representações cognitivas, de crenças e valores, logo, naturalmente de comportamentos. Este grupo de intervenção torna-se fulcral empoderar, pois conferindo-lhes um papel interventivo na própria saúde, bem como na saúde dos que os rodeiam, tornamos as comunidades aptas para modificarem as suas condições de vida, e, conseqüentemente, a saúde da própria comunidade.

Desta forma, na intervenção efetuada, empenhámo-nos para contribuir para o domínio da responsabilidade e para o processo de capacitação destes adolescentes, ao ter sido elaborado um projeto de intervenção ao nível da educação de hábitos de vida saudáveis na adolescência em meio escolar, tendo por base os dados obtidos através do Diagnóstico de Situação de Saúde realizado. Assim, para podermos implementar o projeto, da forma mais elucidativa possível, foi necessário mobilizar estratégias e conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado e da licenciatura em enfermagem, nomeadamente ao nível das disciplinas de enfermagem, comunicação, bem como das ciências sociais e humanas, e alguns recursos humanos e materiais. De acordo com características dos adolescentes, tivemos como pedra basilar a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, na sessão de EpS.

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde:

As atividades desenvolvidas, foram planeadas de acordo com o Diagnóstico de Situação de Saúde, porém, é de salientar o papel incontornável do Programa Nacional de Saúde Escolar (MS-DGS, 2006), e outros estudos que foram supracitados ao longo deste relatório, nomeadamente ao nível da fundamentação teórica, da análise dos dados, bem como, no planeamento das atividades para as sessões de EpS. O global de todo o Planeamento em

Saúde efetuado vem permitir sem dúvida a obtenção de ganhos em saúde, e como tal, permitir a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016.

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Cientes da importância epidemiológica, na mudança dos fatores determinantes ou condicionantes da saúde, ao termos efetuado um Diagnóstico de Situação de Saúde, identificámos fatores de risco relacionados com os estilos de vida destes adolescentes em estudo, permitindo depois atuar sobre os problemas em questão, de forma a capacitá-los para escolhas mais saudáveis.

A ordem dos Enfermeiros define que, para além das competências Específicas do Enfermeiro Especialista, existe ainda uma partilha de um domínio de “competências comuns”, independente da área de especialização, que são “aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8648)

Assim, existem quatro domínios de competências comuns, sendo eles o domínio da responsabilidade ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio das aprendizagens profissionais. (Regulamento n.º 122/2011, 2011:8649)

Como tal, durante este Estágio do curso de Mestrado com especialização em Enfermagem Comunitária, também atingimos competências gerais do Enfermeiro Especialista.

1- Domínio da responsabilidade ética e legal:

- a)** *Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;*
- b)** *Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;*

Este domínio, já vem incutido em nós profissionais da saúde, desde que ingressamos na escola de Enfermagem. Como tal, já é norma seguir sempre em qualquer situação todos os princípios éticos e deontológicos e assentar a nossa prática diária neste domínio em geral.

2- Domínio da melhoria contínua da qualidade:

- a)** *Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;*
- b)** *Concebe, gere e colabora em programas da melhoria contínua da qualidade;*
- c)** *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.*

Este é outro domínio que com a nossa prática diária, inclusive no decorrer do Estágio, conseguimos atingir. Tentamos diariamente desenvolver estratégias e programas que tenham

como objetivo a qualidade dos cuidados prestados, até porque cada vez mais, ao nível do nosso local de trabalho, é isso que se pretende atingir. Em termos de criar um ambiente terapêutico e seguro, para quem lida com grupos e comunidades, não nos podemos restringir à unidade do utente, mas sim temos que adaptar às envolvências com as quais nos deparamos, como uma sala de aula, um auditório...

3- Domínio da gestão de cuidados:

- a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;*
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados;*

Ao longo deste Estágio, gerimos a nossa atuação junto dos adolescentes, através de reuniões prévias de grupo, com a professora Orientadora de Estágio, bem como, com a direção da ESMS. A nossa intervenção foi adequada aos recursos disponível (humanos e materiais), com o intuito de conseguir com os recursos que tínhamos, e com a maior qualidade possível, capacitar os adolescentes para escolhas mais saudáveis, de forma a atingir de futuro ganhos em saúde.

4- Domínio das aprendizagens profissionais:

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;*
- b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;*

Tentámos desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, de forma a conseguirmos criar uma relação empática, para que a mensagem que queríamos transmitir chegasse até aos adolescentes sem desrespeitar os seus costumes e valores.

Procurámos sempre embeber a nossa intervenção nos conhecimentos adquiridos ao longo deste Mestrado, bem como, nos conhecimentos adquiridos ao nível da Licenciatura em Enfermagem, e nas pesquisas bibliográficas efetuadas. Não descurando a evolução científica diária, assumimos uma postura segura e competente, utilizando métodos e tecnologias adequadas aos adolescentes (*Power-point*, filme e folheto).

Relativamente à minha pessoa, iniciei as minhas funções como Enfermeira no Centro de Saúde de Ponte de Sôr. Posteriormente, exerci funções no Centro de Saúde do Crato, onde fiz parte da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC] do Crato. Fui também nomeada, como a Enfermeira responsável pela Formação em Serviço nesse Centro de Saúde.

Presentemente, exerço funções Centro de Saúde de Portalegre na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, mais propriamente no Centro de Diagnóstico Pneumológico [CDP] de Portalegre. Aqui nesta unidade, dou apoio à consulta de Tuberculose, à consulta de Saúde Infantil e juvenil, e ainda presto cuidados de âmbito domiciliário, nas freguesias da Alagoa e dos Fortios.

Relativamente à Tuberculose, em Portugal, existe uma parceria entre o trabalho efetuado por nós profissionais de saúde, quer ao nível dos Cuidados Hospitalares, bem como ao nível dos Cuidados Comunitários e de Saúde Pública, envolvendo o utente/família e comunidade.

No que concerne à consulta de Saúde Infantil e juvenil, o meu apoio está centrado na resposta às necessidades da criança e jovens, enquanto membro do sistema familiar. Como tal, o meu contributo torna-se de extrema importância para desenvolver um processo de parceria entre a família, a criança/jovem e a equipa multidisciplinar, com o intuito de proporcionar condições que favoreçam o desenvolvimento global destes. Nestas consultas, cabe também desenvolver a promoção e a EpS com os pais, ou outros cuidadores das crianças, para que logo desde cedo esta família consiga optar por escolhas saudáveis e conscientes.

Quanto ao meu papel ao nível dos Cuidados Domiciliários, surge em resposta às necessidades associadas ao nosso distrito, em que existe um grande envelhecimento demográfico, com aumento das doenças crónicas que conduzem a fragilidades, dependências e dificuldades de mobilidades. Neste ambiente, a promoção e EpS junto destes indivíduos, pode merecer um lugar de destaque na minha atuação, de forma a proporcionar um envelhecimento saudável, aos indivíduos e suas famílias. Porém há que adequar sempre aos recursos disponíveis, bem como, ao ambiente familiar e social, envolvente.

Embora o meu percurso profissional ainda seja exíguo, creio que toda a experiência vivenciada até ao momento atual, tem sido extremamente rica e proveitosa, no amadurecimento do meu ser enquanto pessoa e enquanto enfermeira. Partindo desta minha experiência profissional e também pelo meu percurso de vida, sempre envolvida nos Cuidados de Saúde Primários, deve-se esta minha opção para ingressar no III Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Sempre me preocupei com a rotinização dos cuidados, e a estagnação profissional, daí também a necessidade e a motivação para tirar o Curso de Mestrado. Poder tirar este curso em Portalegre, foi muito importante. Assumi a postura de desafio, de aventura e vi uma grande oportunidade para poder desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências para melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo/família e comunidade.

Ao longo destes meses de formação no Mestrado, tentei valorizar os saberes, e as experiências que me fazem refletir sobre as competências que pretendo desenvolver ao longo do meu exercício profissional.

É de destacar o trabalho de proximidade que já realizava na abordagem ao utente, família e comunidade. Mas penso que com este curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, fiquei num patamar privilegiado para identificar necessidades e diferenciar qual a melhor resposta para as diferentes situações/problemas com que me deparo.

Vou ter uma melhor gestão entre os cuidados prestados e as expectativas dos utentes que necessitam dos meus serviços. Posso afirmar que me vou tornar numa profissional que vai assumir a responsabilidade de ser um recurso/elemento de primeira linha junto dos indivíduos, lutando para garantir cuidados acessíveis, eficientes, equitativos e de qualidade.

Penso que já estou apta para dar os primeiros passos para os desafios que se me colocam daqui em diante. É da minha opinião que esta altura foi a ideal para realizar o curso de Mestrado, pois com este período de crise que ocorre no nosso país, eu serei mais um profissional com a mentalidade focada na Promoção da Saúde de forma a ter um sistema orientado para a saúde e não para a doença.

Tal como refere a antiga Bastonária Maria Augusta Sousa (2011:2) “Há que gerir bem os recursos e há que ter um sistema orientado para a saúde e não para a doença. Só assim se obterão maiores ganhos em saúde, maior sustentabilidade do sistema e maior qualidade de vida.”

Assim cabe-me exercer a profissão e esta especialização, com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, dignidade humana e pela saúde da comunidade, adaptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados por mim prestados.

Esta postura vai-me permitir criar e implementar programas e projetos ao nível da comunidade na qual trabalho, com vista à capacitação e empoderamento dos indivíduos/grupos ou comunidades na consecução da saúde coletiva e ao exercício de cidadania.

Comprometo-me a assegurar cuidados de saúde eficazes, que facilitem o indivíduos/família/comunidade a desenvolver competências para optarem por escolhas saudáveis. Ou seja, cabe-me também mostrar aos utentes que cada um é responsável pela sua própria saúde e que somos nós técnicos de saúde os responsáveis pela transmissão da informação que os vai tornar empoderados, envolvidos e participativos no seu processo de saúde e de vida.

Penso que este Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, também trará um enorme contributo para aproximar os Cuidados de Saúde Primários aos Cuidados Hospitalares. Permite ainda, que se adquira uma visão mais holística do utente e sua família, como parte integrante da comunidade onde está inserido, e não apenas uma visão tecnicista, de como por vezes se verifica, nos Cuidados Hospitalares.

Ou seja, vem permitir que tenhamos uma visão mais abrangente da importância que é fomentar a comunicação entre os diferentes profissionais, e estimular uma maior interação entre os serviços pelo qual passa o indivíduo e sua família, para que deste modo possa existir uma continuidade de cuidados prestados aquando do regresso do mesmo à sua casa, família e comunidade.

Na linha de pensamento de Trindade (2010: 30) “O enfermeiro, enquanto membro da equipa de saúde, assume o dever de trabalhar em articulação e em complementaridade com os restantes profissionais de saúde.”

Através das competências adquiridas espero ter um contributo relevante para mudar algumas mentalidades, aumentar a qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo, família e comunidade em geral, conseguir ao mesmo tempo atingir os objetivos propostos pela unidade de trabalho, bem como, fazer evoluir a nossa profissão e contribuir para aumentar os ganhos em Saúde.

CONCLUSÃO

Com o presente relatório chego ao fim de todo o percurso efetuado ao longo do III Mestrado em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Este possibilitou descrever todo o processo de aprendizagem e atuação no contexto da prática de Estágio, com base nos objetivos traçados à priori. A sua essência emerge de várias dimensões como o Planeamento em Saúde, a Promoção da Saúde, a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura (teoria que teve na base das sessões de EpS), a Enfermagem de Saúde Comunitária, a Adolescência, os Hábitos de Vida e Comportamentos de Risco, nos quais abordámos o consumo de álcool, tabaco e drogas, bem como a sexualidade e o bullying.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) “

“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (citado pela Ordem dos Enfermeiros, 1996: 3)

Deste modo, e na atualidade, os enfermeiros assumem cada vez mais um papel pró-ativo no que refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como, na promoção e prevenção da saúde dos indivíduos em todas as suas vertentes biopsicossocial.

Como afirma Mendes (2008: 18) “A saúde na última década para além de envolver a maior responsabilização de prestadores e cidadãos, prevê a necessidade de definição de vários níveis de intervenção, melhor alternativa em política de saúde, nas dinâmicas de administração e direcção, métodos de financiamento adequados, métodos de avaliação sistemática, entre outros, sobre efectividade, eficiência e a qualidade dos cuidados prestados.”

Presentemente, com a situação atual do nosso país, mais importante se torna, realizar um bom Planeamento em Saúde, com objetivos claros e pertinentes, com ações programadas de forma coordenada e organizada, com o intuito de o poder político, mobilizar os recursos necessários para que a população tenha equidade de acesso aos serviços de saúde, e um bom atendimento em instituições que possam prestar cuidados com qualidade e assim, manter ou melhorar a saúde desta sociedade.

“Enquanto técnica, o planeamento é um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das acções conducentes à transformação da realidade. Assente no diagnóstico de

situação (...), na inventariação dos recursos disponíveis (materiais, humanos, financeiros, tecnológicos), na fixação dos objectivos e determinação das respectivas prioridades, na formulação do tipo de acções a empreender e na escolha dos meios que permitirão alcançar as metas propostas.” (Matos, 1980, citado por Imperatori & Giraldes, 1993:3)

Os resultados do planeamento efetuado hoje, só se observarão daqui a algum tempo, visto que requer uma mudança social, mediante a progressiva mudança na educação e nos valores transmitidos e adquiridos. Logo, os resultados que presentemente se desejam atingir, só se conseguirão pela ação dos que hoje são alvo dessa prevenção e promoção. É, através de um bom Planeamento em Saúde, que futuramente existirão menos gastos em saúde.

“(...) os resultados dum bom planeamento devem ser visíveis em termos de mudança efectiva de atitudes e comportamentos e não apenas num maior nível de conhecimentos sobre um dado assunto.” (Rodrigues, 2000: 6)

O conceito de saúde sofreu várias alterações com o decorrer da história da humanidade. Atualmente “a Saúde tem múltiplas dimensões. Ela não é propriedade do indivíduo, mas o reflexo da interacção do homem com o seu ambiente, e constitui parte do processo da sua vida do dia-a-dia.” (Soutelo, 1987, citado por Duarte, 1998: 13)

Segundo Mendes (2008: 14)

“Vários modelos de explicação e compreensão da saúde, de doença e do processo saúde-doença surgiram como o modelo epidemiológico baseado nos três componentes – agente, hospedeiro e meio, considerados como factores causais, que evolui para modelos mais abrangentes, com o envolvimento do ambiente, estilo de vida, biologia humana e sistema – serviços de saúde, numa permanente inter-relação e interdependência.”

“O homem aprende e incorpora conhecimentos, habilidades e experiências sobre a saúde, a doença, a forma de se auto cuidar, através de mensagens emitidas por diferentes fontes: tradições, experiências pessoais ou estranhas, dos profissionais de saúde, dos meios de comunicação, mensagens que incorpora não só a nível individual, mas também colectivamente, na família, grupo social, comunidade, onde vive e se relaciona.” (Duarte, 1998: 11)

Sendo a enfermagem uma profissão fundamental no sistema de saúde, mais relevo tem a enfermagem comunitária, uma vez que tem um papel fundamental, tanto na educação e promoção da saúde, bem como, no desenvolvimento de políticas voltadas para o bem-estar social do indivíduo, famílias e comunidades, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Como tal, o papel da enfermagem comunitária,

“consiste em «possibilitar» a autonomia, criar com sabedoria a oportunidade, reforçando crenças e capacidades, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentando, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de crescimento e desenvolvimento.” (Correia et al., 2001:78)

Mais uma vez, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010: 1) o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária,

“Responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.”

Deste modo, a enfermagem comunitária desenvolve a sua prática na comunidade, onde o enfermeiro tem um papel preponderante na capacitação e empoderamento dos indivíduos e das comunidades.

A Promoção da Saúde constitui um dos principais Modelos Teóricos que influenciam as políticas de saúde de todo o mundo, por ser um processo de capacitação dos indivíduos e comunidade, que visa aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde e seus determinantes, através da opção por escolhas mais saudáveis, e desta forma conseguirem aumentar a sua qualidade de vida. Tem como princípios a defesa da saúde como um direito humano fundamental, a equidade e justiça social, alianças, trabalho em rede e parcerias, responsabilidade social dos sectores público e privado, o empoderamento tanto individual como comunitário, desenvolvimento de infra-estruturas, integração em diferentes sectores e ética profissional (World Health Organization [WHO], 2010, citado por Monteiro, 2010).

É com a EpS que os indivíduos vão desenvolver a sua autonomia de uma forma consciente e informada sobre as temáticas relacionadas com a sua saúde e seus condicionantes, vão ser capaz de gerir os seus hábitos e comportamentos, tendo em conta que “cada indivíduo percorre o seu próprio caminho, ao seu próprio ritmo” (Navarro, 1995, citado por Fontes 2007).

É de salientar que a EpS numa abordagem integral e a sua operacionalização com base no empoderamento, se adequa à prática da Enfermagem Comunitária. (Ferreira, 2010)

Entre as enormes mudanças que têm ocorrido ao nível dos cuidados de saúde primários, conta-se a abordagem dos estilos de vida relacionados com a saúde, que são presentemente considerados fatores de risco e a ser alvo de um processo de avaliação, intervenção ou aconselhamento educativo. (Grupo ESPS, 2001)

Na linha de pensamento de Granja (2009:48) os comportamentos de risco são um aspeto que preocupa muito os técnicos de saúde, e existe muita informação disponível e acessível, porém “os técnicos já compreenderam que a informação por si só não altera os considerados comportamentos de risco, e que o mais premente é compreender a génese desses comportamentos.”

A EpS tem como base outras ciências, nomeadamente as Ciências da Saúde, do Comportamento, da Educação e da Comunicação. (Amorim, 1999, citado por Fontes 2007)

Existem vários modelos explicativos das mudanças comportamentais. O seu objetivo comum é conhecer e identificar as determinantes comportamentais e a influência dos diferentes processos cognitivos e afetivos na adoção de comportamentos (DGS, 2006, citada por Fontes 2007).

Para tal, é de realçar a utilidade da Teoria Social da Aprendizagem de Bandura na EpS neste Estágio, de forma controlar fatores de risco ou contribuir para alterações comportamentais, pois de acordo com esta teoria:

“a maioria dos comportamentos são aprendidos e que, por isso, podem ser desaprendidos ou alterados; que uma pessoa é capaz de mudar, por si mesma, o seu próprio comportamento; que é necessária uma participação activa na aprendizagem e na aplicação activa de técnicas de alteração comportamental; que a saúde é um conceito dinâmico e que está em constante interação com múltiplos determinantes, sendo por eles influenciada e (determinismo recíproco), sem que nenhum factor isolado influa de forma absoluta no comportamento” (Grupo ESPS, 2001: 10)

Mas para conseguir alterar comportamentos é necessário uma priorização, dado que não se pode dar a mesma atenção a todos os fatores de risco, e para tal dependerá, a disponibilidade de tempo, das intervenções eficazes já conhecidas, da abertura do próprio indivíduo para receber a informação, bem como, do próprio interesse do profissional envolvido. (Grupo ESPS, 2001)

Na opinião de Bock (2007), os pais, os professores e os profissionais de saúde devem ser alertados para a responsabilidade que possuem na formação e na construção social dos jovens. A intervenção precoce, junto destes, é justificada pela possibilidade dos hábitos e comportamentos de riscos que resultam em patologias crónicas, serem desencadeados durante a infância e adolescência.

A idade da entrada para o mundo da droga tem vindo a diminuir cada vez mais. Dadas as características deste período, a vulnerabilidade às drogas e a determinados problemas levam à busca do prazer imediato.

Infelizmente, e apesar de todos problemas que podem advir do consumo de álcool, esta substância é ainda vista como um bem de consumo e não como uma substância que pode causar dependência.

Relativamente ao consumo de tabaco, e de acordo com a OMS são poucos os indivíduos que iniciam o consumo desta substância depois da adolescência, ou seja, este é o período de maior risco para o início do consumo de tabaco, pelo que é nesta fase, que intervenções de

promoção e prevenção se tornam pertinente e essenciais. (WHO, 2005a; 2005b, citado por Fontes, 2007)

Com isto, a prevenção deste tipo de comportamentos tem assim de se iniciar o mais precocemente possível, e evoluindo sempre de uma forma continuada e progressiva, com vista à adoção de comportamentos adequados, para que os jovens vivam sem estas substâncias. (Antunes, 1998)

Em termos da Sexualidade, nunca é demais, transmitir aos adolescentes, informação sobre os comportamentos sexuais de risco no sentido de responsabilizá-los e direcioná-los escolhas de comportamentos saudáveis neste âmbito, com o objetivo de prevenir a transmissão das DSTs e de uma possível gravidez indesejada.

Os atos de *bullying* “são comportamentos produzidos de forma repetitiva num período prolongado de tempo contra uma determinada vítima; apresenta uma relação de desequilíbrio de poder, o que dificulta a defesa da vítima; ocorrem sem motivações evidentes; são comportamentos deliberados e danosos.” (Barros, et al., 2009:5742)

Este tipo de fenómeno trás consequências futuras tanto para quem é vítima, como para o agressor. Cabe aos Técnicos de Saúde, estarem despertos para este novo fenómeno, que está a acontecer com os adolescentes.

Os adolescentes têm que ser considerados como um grupo de risco e devem ser uma prioridade nas medidas de prevenção e promoção da saúde. Só assim, através do empoderamento destas gerações mais novas, se conseguirão obter, no futuro, ganhos em saúde.

Neste relatório foi descrita a intervenção comunitária efetuada aos Adolescentes do 8º e 9º Ano da ESMS, em Portalegre e cuja finalidade era contribuir para a consciencialização destes jovens sobre a importância da adoção de Hábitos de Vida Saudáveis.

Podemos constatar que, de acordo com evidências científicas atuais, os dados que obtivemos com o Diagnóstico de Situação de Saúde, se enquadram com os dados desses mesmos estudos, o que, a nosso ver, confere a validade dos resultados obtidos. Tais como:

- Brito, R. (2012). *Os Hábito de Saúde dos Adolescentes*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem;

- Precioso, J.; Samorinha, C.; Macedo, M. & Antunes, H. (fevereiro 2012). *Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas?*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 18 (4);

- Guerra, M. (2008). *Estilos de vida dos adolescentes – hábitos e preocupações*. Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem;

- Estudo Nacional Health Behavior in School-aged Children (HBSC-2010). *A Saúde dos adolescentes*.

Interessa referir que, lamentamos a falta de interesse por parte da nova direção e dos docentes da ESMS, na execução da nossa intervenção de EpS junto dos adolescentes da referida escola. Depois de tantos entraves, por parte da nova direção, foi ainda realizada uma sessão de EpS, no âmbito da Prevenção de Comportamentos de Risco, nomeadamente com o “Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas”, aos adolescentes da ESMS, à luz da Teoria Social da Aprendizagem de Bandura.

Ainda de acordo com o estipulado pela direção da ESMS, e ao contrário do que estava planeado, a intervenção comunitária abrangeu um total de 22 adolescentes das turmas de 8º e 9º ano. Apenas assistiram à nossa sessão de EpS os delegados e os subdelegados de cada turma, o que perfaz 10 alunos do 8º ano e 12 alunos do 9º ano.

Podemos referir que nos Indicadores de Atividade previamente definidos, efetuámos a pesquisa bibliográfica em termos de *guidelines* sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes e fizemos as reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem, mas só conseguimos a realização de uma sessão de EpS e não a realização das outras duas Sessões de EpS, por razões extrínsecas a nós, como já foi referido ao longo do Relatório.

Podemos afirmar que para a sessão de EpS que conseguimos realizar, no geral, e dentro do que nos foi permitido conseguimos atingir os objetivos, visto que promovemos a capacitação e empoderamento dos adolescentes no âmbito da aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis, no que concerne ao “Consumo de Álcool Tabaco e Drogas”. Nesta sessão, desenvolvemos atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção sobre esta temática, que era uma das necessidades identificadas com o Diagnóstico de Situação de Saúde. Reforçámos os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, na adolescência e avaliámos a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas através de um questionário, elaborado por nós mestrandas. Todos os adolescentes que foram alvo da nossa intervenção preencheram o questionário, no final da sessão.

Acho que a intervenção por nós realizada, vem contribuir, de alguma forma, para a consciencialização dos adolescentes intervencionados, na adoção de hábitos de vida mais saudáveis, relativamente a esta problemática, e, naturalmente, para a obtenção de ganhos em

saúde, a longo prazo. Até porque pelos dados que resultaram do questionário de satisfação, conseguimos verificar que atingimos o objetivo no Indicador de Resultado da Atividade para esta sessão, uma vez que se obteve mais de 95,7% dos questionários respondidos com posicionamento na escala de satisfação, na categoria *Satisfeito* ou mais.

É também de referir que não desmotivei com a que aconteceu, pois nós enquanto enfermeiros e a trabalhar na comunidade, sabemos que nem tudo é como planeamos, e que quem lida com os indivíduos e a própria comunidade tem que saber contornar certas situações, e aproveitar para evoluir enquanto pessoa e enfermeira. E o Planeamento em Saúde, é mesmo assim, quando não conseguimos atingir determinados objetivos, há que voltar atrás e recomeçar de novo.

Assim, como pontos relevantes deste trabalho, é de realçar que:

- Apesar de tudo, foi muito proveitoso, ter podido realizar o estágio em contexto comunitário, e não limitado às instalações dos nossos locais de trabalho, até porque uma Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, só poderia assim mesmo.

- Ao concluir o relatório penso ter alcançado os objetivos propostos inicialmente. Foram descritas e analisadas as atividades realizadas no Estágio tendo em conta as etapas do Planeamento em Saúde, bem como, de que forma, as mesmas contribuíram para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e para o meu crescimento enquanto enfermeira.

- Como tal, considero que o Estágio possibilitou a aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, descrito pela Ordem dos Enfermeiros.

- Seria interessante, no futuro, deixando aqui a sugestão, concretizar-se uma intervenção mais prolongada, ao longo de todo o ano letivo, com mais sessões sobre a temática, possibilitando a verificação das alterações nos comportamentos dos adolescentes, de forma a responder mais adequadamente às necessidades dos mesmos. Ou então, acompanhar estes alunos no decorrer dos seus estudos até ao ensino secundário e até superior, com o intuito de avaliar as suas escolhas e comportamentos ao longo do seu amadurecimento enquanto indivíduos. Mas claro está, que só seria possível com a colaboração de novas turmas de Mestrado.

- Considerando os hábitos de vida e comportamentos de risco, cada vez mais uma pedra basilar na vida dos indivíduos e da sociedade em geral, torna-se determinante um maior investimento nesta área, quer em quantidade como em qualidade.

Ou seja, sugere-se intervenções futuras, com mais tempo e até recursos, para que os conteúdos em estudo possam ser devidamente trabalhados.

- Para os adolescentes, a escola torna-se um dos locais mais privilegiados para este tipo de intervenções de EpS. Porém, fica a sugestão de futuro, efetuar também intervenções junto das famílias, neste espaço, ou noutros que considerem adequados, com o intuito de encontrar meios e estratégias que capacitem os familiares e os vejam como parceiros para lidar com as necessidades dos adolescentes.

- Com tudo o que decorreu em termos de parceria com a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, penso que é de referir que para um processo de empoderamento comunitário, tem de existir, de futuro, uma maior conjugação de esforços das duas partes e, não só da nossa parte, técnicos de saúde. Há que fazer sentir à comunidade docente, nomeadamente a quem a dirige, a necessidade deste tipo de intervenções, pois a escola deve colaborar nestas ações, para a formação dos adolescentes, no que respeita à Promoção da Saúde dos mesmos. Os adolescentes de hoje, serão os adultos de amanhã, logo, o que eles aprenderem hoje, irão transmitir amanhã. Todos nós, enquanto membros de uma comunidade temos responsabilidades no que toca a realizar esforços para obter ganhos e mais qualidade em saúde.

- Espero que, sejamos um exemplo, para que mais colegas frequentem mestrados e apostem na formação, pois os profissionais especializados permitem com certeza uma maior rentabilização e aumento da qualidade dos cuidados prestados, bem como a obtenção de mais ganhos em saúde. Pois tal como refere Tancredi, Barrios & Ferreira (1998) “as organizações de saúde e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual.”

- Venho desafiar todos os meus colegas, bem como os colegas do I e II Mestrado em Enfermagem realizado na Escola Superior de Saúde de Portalegre, para identificarmos as necessidades da população do nosso distrito e realizarmos um estudo desta natureza, ao nível de todo o distrito de Portalegre.

Por último, é de salientar que foi uma enorme satisfação fazer parte deste grupo, do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

BIBLIOGRAFIA

- Abrunhosa, M. & Leitão, M. (1990). *Introdução à Psicologia*. Porto: Edições ASA, 3ª Edição, V. 2.
- Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Medicina e saúde – Instituto Piaget.
- Antunes, M. (1998). *Os Jovens e os Consumos de Bebidas Alcoólicas*. Lisboa: Revista Referência. Nº1, Setembro de 1998, pp. 29-39
- Arco, R.; Costa, A.; Pinto, B.; Martins, M.; Arriaga, M. (2010). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre.
- Assembleia da República (1990). Lei n.º 48/90, de 24 de agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 195. Acedido a 26 de janeiro de 2014 em <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>
- Backes, D.; Backes, M.; Erdmann, A. & Büscher, A. (2010). *O papel profissional do enfermeiro no sistema único de saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde de família*. Acedido a 26 de janeiro de 2014 em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>
- Barros, P.; Carvalho, J. & Pereira, M. (2009). *Um estudo sobre bullying no contexto escolar*. IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE. III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Acedido a 04 de março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10169/1/Um%20estudo%20sobre%20o%20bullyingEDUCERE2009.pdf>
- Bock, A. (Janeiro/Junho, 2007). *Adolescência como uma construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores*. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE), Nº. 1, V. 11. Acedido a 17 de fevereiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v11n1/v11n1a07.pdf>
- Boné, M. & Bonito, J. (2014). *Comunicar com símbolos – empoderamento comunicativo*. In M. D. Sánchez et al. (orgs.). *Libro de actas – III Jornadas Iberoamericanas de RRHH*

- Y RSC (p. 52) Coruña: Universidade de Guanajuato et al. Acedido a 13 de fevereiro de 2015 em <https://www.rdps.uevora.pt/handle/10174/10495>
- Candeias, N. (1997). *Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais*. São Paulo: Revista Saúde Pública, Nº 31 (2). Acedido em 28 de dezembro de 2013 em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>
- Carrondo, E. (2006). *Formação Profissional de Enfermeiros e Desenvolvimento da Criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico*. Universidade do Minho: Instituto de Estudos da Criança (Tese de Doutoramento: Área de Conhecimento – Currículo e Supervisão em Educação Básica, Ramo Estudos da Criança). Acedido a 20 de março de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>
- Carvalho, S. (2004, julho- agosto). *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde*. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. Acedido a 28 de dezembro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência. Acedido a 4 de janeiro de 2014 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5396/3/Ed%20Saude%202-4.pdf>.
- Carvalho, L. (2012). *Empowerment: Uma alternativa em Promoção de Saúde*. Universidade Federal de Minas Gerais. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (para obtenção do certificado de Especialista). Acedido a 19 de janeiro de 2014 em https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Empowerment_uma_alterativa_em_promocao_de_saude/262
- Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001). *Sexualidade Planeamento Familiar e Reprodução*. Lisboa: Coleção: Informar as Mulheres. Nº 14. Projeto: Redução das Desigualdades em Saúde. 6ª Edição. pp. 7-10.
- Correia, A. (2013). *Promoção da Saúde: Nova Visão e Operacionalização do Conceito*. I Fórum Nacional sobre a Promoção da Saúde. Acedido a 05 de janeiro de 2014 em http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentos/doc_download/217-promocao-de-saude-nova-visao-e-operacionalizacao-do-conceito

- Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P & Vitorino, P. (2001). *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, V. 2. Acedido a 18 de março de 2014 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- Corte-Real, N.; Balaguer, I.; Dias, C.; Corredeira, R. & Fonseca, A. (Julho/Dezembro 2008). *Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Nº. 2, Vº. 26. Acedido a 26 de fevereiro de 2014 em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-depublicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/02.pdf>
- Dias, C.; Freitas, M. & Briz, T. (2007). *Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar*. Dossier Saúde Pública. RevPortClin Geral 2007;23:439-50. Acedido a 20 de dezembro de 2013 em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/reg15826.pdf>
- Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde: Aspectos Conceptuais e Operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Duarte, S. (Setembro 1998). *Outros Saberes de Saúde e de Doença*. Lisboa: Revista Referência, N.º1.
- Ferreira, M. & Nelas, P. (2006). *Adolescências...Adolescentes....*Instituto Politécnico de Viseu: Revista educação, ciência e tecnologia. Nº 32. Acedido a 03 de março de 2014 em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/409/1/Adolesc%C3%A4ncias...%20Adolescentes....pdf>
- Ferreira, S. (2010). *Revisão Sistemática de Literatura*. A adaptação do cuidador informal como foco da prática de enfermagem: Um Programa de Intervenção com Matriz Conceptual no Modelo Transaccional de Stress e Coping. Santarém. Acedido a 20 de março de 2014 em <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/585/1/Revis%C3%A3o%20Sistem%C3%A1tica%20da%20Literatura.pdf>
- Fontes, R. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes. Estudo do impacte de um projecto de intervenção*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Dissertação de mestrado em Ciências de

- Enfermagem. Acedido a 06 de março de 2014 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7267/2/xtese4.pdf>
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Gomes, A. (2008). Comportamentos Sexuais de Risco: Um estudo com estudantes universitários. Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais: Departamento de Psicologia. (Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia – Especialização em Psicologia da Saúde). Acedido a 07 de março de 2014 em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/283/1/Disserta%C3%A7%C3%A3oFinal.pdf>
- Grupo de Eucación Sanitária y Promoción de la Salud – Trota, R.; Lambrich, J.; Selfa, R.; Peña, C.; García, R.; Tenllado, M^a. et al. (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde*. PAPPS – Programa de Atividades de Prevenção e Promoção da Saúde – Espanha. Lisboa: Ministério da Saúde: Direção Geral da Saúde.
- Granja, P. (janeiro/junho 2009). *Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem*. Lisboa: Revista Sexualidade & Planeamento Familiar, Nº 52/53.
- Imperator, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3^a Edição.
- Imperator, E. & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2^a Edição.
- Imperator, E. (1982). Avaliação. In Imperator, E. & Giraldes, M. (org.) *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Lopes, R. & Tocantins, F. (janeiro-março 2012). *Promoção da Saúde e a educação crítica*. Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação, V.16, N.40. Acedido a 16 de janeiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1312.pdf>

- Loureiro, E. (2003). *Comportamento de Risco em Adolescentes – Uma abordagem evolutiva*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de Mestrado em Etologia. Acedido a 17 de fevereiro de 2015 em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/615>
- Martins, C. (2011, Junho). *O Agir Ético na Comunidade: A prestação de cuidados na comunidade*. Lisboa: Revista Ordem dos enfermeiros, N.º 37.
- Marziale, M. & Jesus, L. (2008). Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador. Acta Paul Enferm, Artigo Revisão. Acedido a 1 de fevereiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/apv/v21n4/a19v21n4.pdf>
- Martins, C. (2005). A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Acedido a 5 de janeiro de 2014 em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>
- Mayer, M. (2003). *Guia prático para programas de prevenção de drogas*. [s.l.]: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. Hospital Albert Einstein de 2003, pp. 1-30
- Mendes, R. (2008, março). História dos conceitos de saúde e de doença. Lisboa: Revista Nursing – Revista de formação contínua em enfermagem, N.º 231.
- Miguel, Nuno Silva (1990). *Os jovens e a sexualidade*. Edição Conjunta: Instituto da Juventude, Comissão da Condição Feminina Presidência do Conselho de Ministros, Comissão Nacional de Luta Contra a Sida Ministério da Saúde, Projecto Vida. 5ª Edição Revista. P. 17-34.
- Monteiro, A. & Ferriani, M. (Janeiro, 2000). *Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária*. Ribeirão Preto: Revista latino-americana – Enfermagem. V. 8, Nº 1. Acedido a 20 de janeiro de 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12440.pdf>
- Monteiro, V. (2010). *Enfermagem Comunitária: Diferentes cenários e desafios para a prestação de cuidados*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária), Porto. Acedido a 20 de março de 2014 em

http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9270/1/Relat%C3%B3rio%20final_vane_ssa_ucp.pdf

Paulito, M. & Jeolás, L. (Julho/Dezembro, 2000). *Jovens, Drogas, Risco e Vulnerabilidade: Aproximações Teóricas*. Serviço Social em Revista: publicação semestral do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual de Londrina. N.º 1, V.3. Acedido a 20 de abril de 2014 em http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n1_jovens.htm

Pereira, R. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta*. Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública (X Curso de Mestrado em Saúde Pública), Lisboa. Acedido a 19 de fevereiro de 2015 em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/9583/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Raquel%20Eus%c3%a9bio%20Pereira.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2011). *Educação para a saúde: Áreas de intervenção - Alimentação*. Acedido a 26 de fevereiro de 2014 em <http://www.dgs.pt/?cn=5518554061236154AAAAAAAAA>

PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência – Direção Geral da Educação. Promoção e Educação para a Saúde. Acedido a 20 de abril de 2014 em <http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=36>

PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido a 8 de fevereiro de 2014 em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa>

PORTUGAL, Ministério da saúde (2009). *Monitorização e Avaliação dos Programas de Saúde: Termos de referência*. Administração Regional de Saúde do Norte, I. P. – Departamento de Saúde Pública. Acedido a 19 de fevereiro de 2015 em http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/MA_Termos_Referencia.pdf

PORTUGAL, Ministério da Saúde (2006) - Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde de Saúde Escolar*. Acedido a 02 de outubro de 2014 em <http://dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

PORTUGAL, Portal de Saúde Pública. *Carta de Ottawa – Promoção da Saúde nos países industrializados*. Acedido a 26 de dezembro de 2013 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm

PORTUGAL, Portal de Saúde Pública. *Declaração de Alma-Ata: Saúde Para Todos no Ano 2000*. Acedido a 10 de janeiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm

PORTUGAL, Portal de Saúde Pública. *Declaração de Jacarta: Promoção da Saúde no Século XXI*. Acedido a 15 de janeiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Jacarta.htm

PORTUGAL, Portal de Saúde Pública. *Declaração do Mexico. Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade*. Acedido a 16 de janeiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Mexico.htm

PORTUGAL, Portal de Saúde Pública. *Declaração de Sundsvall: Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde*. Acedido a 10 de janeiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Sundsvall.htm

PORTUGAL, Portal de Saúde Pública. *Recomendações de Adelaide: Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis*. Acedido a 10 de janeiro de 2014 em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Adelaide.htm

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de Novembro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 06 de dezembro de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 20 de dezembro de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 24 de janeiro de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

Precioso, J.; Samorinha, C.; Macedo, M. & Antunes, H. (fevereiro 2012). *Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: podemos estar otimistas?*. Revista Portuguesa de Pneumologia, 18 (4). Acedida a 26 de fevereiro de 2014 em <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-pneumologia-320/artigo/prevalencia-do-consumo-tabaco-em-adolescentes-escolarizados-portugueses-90141144>

Reis, A. (2006). *O que é, afinal, a Promoção da Saúde?*. Portal dos Psicólogos. Acedido a 5 de janeiro de 2014 em http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0254

Resenha de Bandura, A; Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2008). Aprendizagem social cognitiva. Porto Alegre: Artmed, (Com adaptações). In Freitas, M. & Dias, J. (dezembro, 2010). *Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos*. Revista interdisciplinar de estudos da cognição: Ciências e Cognição, Resenha, V. 15 (3), pp. 204-205. Acedido a 9 de fevereiro de 2014 em <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/338>

Ribeiro, I. & Batanete, E. (2005, Outubro-Dezembro). *Intervenção na Comunidade - Uma prioridade no ensino de Enfermagem*. Associação Portuguesa de Enfermeiros: 2ª série. pp. 9-14.

Ribeiro, M. & Fernandes, A. (2009). Comportamentos sexuais de risco em estudantes do ensino superior público da cidade de Bragança. Lisboa: Psicologia, Saúde e Doenças. N.º 1, V. 10. Acedido a 7 de março de 2014 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862009000100008&script=sci_arttext

Rocha, B.; Martins, A.; Pereira, M.; Santos, P. & Mestre, R. (Março, 2013). *Perfil de saúde dos adolescentes de uma cidade do Algarve*. Lisboa: Revista Referência N° 9, III Série

- Rodrigues, A. (2013). *Da Assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal 1926-2002*. Tese submetida como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública (Doutoramento em Saúde Pública Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde), Lisboa. Acedido a 6 de dezembro de 2013 em <http://www.rcaap.pt/results.jsp>
- Rodrigues M. (Maio, 2000). *Planeamento, Heteroavaliação e Autoscopia na Formação de Educadores de Saúde*. Lisboa: Revista Referência N.º 4
- Saldaña, M.; Prette, A. & Prette, Z. (2002). A importância da teoria da aprendizagem social na constituição da área do treinamento de habilidades sociais. In Guilhardi, H. ; Madi, M.; Queiroz, P. & Scoz, M. (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição*. Vol. 9. *Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Capítulo 26 . – pp. 269 – 281). Santo André: Esetec.
- Sampaio, D. (2010). *Educação Sexual em Meio Escolar*. Acedido a 9 de março de 2014 em <http://www.dgs.pt/?cn=62556741AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- Santos, T. (2009). *A avaliação interna e as suas implicações na configuração da escola como organização: um estudo de caso 2005-2008*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia. Acedido a 3 de fevereiro de 2015 em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11531/1/TESE.pdf>
- Santos, Cristina Mamédio da Costa; Pimenta, Cibele Andrucioli de Mattos; Nobre, Moacyr Roberto Cuce (2007, Maio-Junho). *A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Revista Latino-Americana Enfermagem. Acedido a 22 de Janeiro de 2014 em www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf
- Sícoli, J. & Nascimento, P. (2003). *Promoção de saúde: concepções e operacionalização*. Saúde, Educ, V.7, N.12. Acedido a 29 de dezembro de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>
- Sousa, M. (junho, 2011). *XI Seminário de Ética. Reflectir sobre a comunidade para melhor responder às suas necessidades*. Lisboa: Revista Ordem dos Enfermeiros. N° 37
- Tancredi, F., Barrios, S. & Ferreira, J. (1998). *Saúde & Cidadania – Para gestores municipais de serviços de saúde. Planeamento em Saúde*. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – ids. Núcleo de assistência médico-hospitalar –

namh/fsp – usp. Banco itaú acessado a 19 de fevereiro de 2015 em https://www.google.pt/search?q=planejamento+em+saude+tancredi&hl=pt-PT&gbv=2&oq=planeamento+em+saude+t&gs_l=heirloom-serp.1.0.0i13i30j0i30j0i8i13i30l4.46640.47608.0.53389.6.6.0.0.0.141.719.0j6.6.0.msedr...0...1ac.1.34.heirloom-serp..0.6.719.PW147CBZbsA

Trindade, A. (junho, 2010). *Informação em Saúde: perspectiva deontológica*. Lisboa: Revista Ordem dos enfermeiros, N. ° 34

União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde /Oficina Regional Latino-Americana UIPES/ORLA: Sub-Região Brasil. *Conceitos-chave: Promoção da Saúde*. Acessado a 5 de Janeiro de 2014 em http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividade-conceito.pdf

Vilar, D. (Janeiro/Junho 2009). *Cairo + 15*. Lisboa: Revista Sexualidade & Planeamento Familiar, Nº 52/53.

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de Autorização para aplicação de Questionário

Apêndice I – Pedido de Autorização para aplicação de Questionário

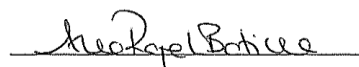
Exma. Sra. Enfermeira Mestre em Enfermagem
Renata Catarina Alves Brito

Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, em virtude de se encontrarem a elaborar um Diagnóstico de Saúde, no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema "Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes", vêm, por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados, por si utilizado na sua Tese de Mestrado intitulada: "Os Hábitos de Saúde dos Adolescentes - A realidade numa instituição de ensino particular."

Com os melhores cumprimentos.

Portalegre, 29 de Abril de 2013.

Pl' grupo,


(Ana Raquel Pires Baptista)

Apêndice II – Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação para aplicação de Questionário ao seu educando

Apêndice II – Pedido de Autorização ao Encarregado de Educação para aplicação de Questionário ao seu educando

Exmo. Sr. Encarregado de Educação

Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, em virtude de se encontrarem a elaborar um Diagnóstico de Saúde na Escola Mouzinho da Silveira no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema "Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes", vêm, por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para a aplicação de um questionário ao seu educando.

Com os melhores cumprimentos,
Portalegre, 29 de Abril de 2013.

Pl'grupo,


(Marta Sofia Silva Ramos)

Autorizo ☐

Não Autorizo ☐

Nome do Educando: _____

Assinatura do Encarregado de Educação: _____

(Caso não seja devolvido o pedido de autorização até ao dia 10.05.2013, assumimo-lo como tacitamente autorizado)

Apêndice III – Pedido de Autorização para a realização do Estágio

Apêndice III – Pedido de Autorização para a realização do Estágio



Exmo. Senhor Diretor da Escola Secundária
Mouzinho da Silveira – Portalegre

Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, em virtude da elaboração de um Diagnóstico de Saúde, no âmbito da disciplina de Enfermagem Comunitária, subordinada ao tema "Hábitos de vida saudáveis dos Adolescentes", que decorreu no mês de Maio do presente ano na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, e face ao resultados obtidos nas turmas de 7º e 8º ano, referentes ao ano lectivo de 2012/2013, presentemente a frequentar o 8º e 9º ano de escolaridade, vêm por este meio solicitar a V. Exa., autorização para a exposição dos mesmos, bem como, a realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da *Promoção da Saúde Escolar*.

Assim sendo, propomos à consideração superior, que no dia 13 de Novembro de 2013, no primeiro período da tarde, possamos realizar a apresentação e discussão dos resultados aos docentes da referida escola.

Nos dias 16 e 17 de Dezembro de 2013, propomos à consideração superior, autorização para a realização de sessões de Educação para a Saúde aos discentes envolvidos no estudo, a desenvolver no período da manhã, e referentes às temáticas:

- ✓ Consumo de álcool e Drogas;
- ✓ Violência na Escola (*Bullying*);
- ✓ Sexualidade.

Com os melhores cumprimentos,
Portalegre, 21 de Outubro de 2013.

Pelo grupo,

Filipa José Simão Ribeiro
(Filipa José Simão Ribeiro)

Apêndice IV – **Projeto de Estágio - Grupo**

Apêndice IV – Projeto de Estágio - Grupo



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins



**PROJETO DE ESTÁGIO: “HÁBITOS DE VIDA
SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES,
ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA –
PORTALEGRE.”
(INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA)**

Discentes:

Ana Catarina Figueira – n.º 9110

Ana Raquel Batista – n.º 9117

Filipa José Ribeiro – n.º 9108

Marta Ramos – n.º 9159

novembro

2013

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

PROJETO DE ESTAGIO: "HABITOS DE VIDA SAUDAVEIS DOS ADOLESCENTES,
ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA – PORTALEGRE."
(INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA)

Discentes:

Ana Catarina Figueira – n.º 9110

Ana Raquel Batista – n.º 9117

Filipa José Ribeiro – n.º 9108

Marta Sofia Ramos – n.º 9159

novembro

2013

Abreviaturas e símbolos

DGS – Direção Geral de Saúde
ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
IPJ – Instituto Português da Juventude
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

*Projeto de Estágio: Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes,
Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre*

2013

Índice

	Índice
	INTRODUÇÃO 4
	1 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA AQUISIÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES 8
	1.1 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS 9
	2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO 12
	3 – METODOLOGIA A APLICAR 15
	3.1 – ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DAS ATIVIDADES 17
	4 – MODELO DE AVALIAÇÃO 21
	5 – BIBLIOGRAFIA 22
	ANEXOS
	Anexo I – Cronograma das Sessões de Intervenção Comunitária 24
	Anexo II – Questionário de Satisfação das Sessões de Intervenção Comunitária 26

Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre

3

INTRODUÇÃO

No contexto do estágio de Intervenção Comunitária integrado no III Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, do 2º Ano, 1º Semestre, foi-nos proposto a realização de um projeto de estágio.

Assim sendo, a proposta de trabalho tem como finalidade servir de guia orientador do referido estágio, onde se encontram contempladas as intervenções planeadas, e a serem desenvolvidas posteriormente, bem como o respetivo cronograma das mesmas (Anexo I).

O estágio compreende o período de 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014, numa única área de intervenção comunitária: área da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis dos adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre.

Esta área de intervenção comunitária do estágio trata a temática da educação de hábitos de vida saudáveis na adolescência em meio escolar, tendo toda a pertinência na nossa área de especialização, uma vez que, pensamos ser uma problemática de extrema importância, não só para nós enquanto profissionais de enfermagem, promotores da saúde, bem como, para o domínio da responsabilidade e capacitação dos adolescentes, que são os futuros adultos de amanhã, para realizarem as escolhas acertadas.

Nesta linha de exposição, a maioria dos hábitos de vida não saudáveis iniciam-se na adolescência.

Diversas doenças da atualidade devem-se a hábitos alimentares incorretos e a inatividade física, tornando-se um dos maiores desafios para a Saúde Pública.

Assim, a adoção de estilos de vida saudáveis, desde a alimentação equilibrada, ao exercício físico, e à qualidade do sono e repouso, tendo em conta a promoção da saúde, pode ajudar a aumentar os níveis da saúde quer física quer psíquica.

Como profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiras Generalistas, consideramos que na promoção de saúde, o poder e o empoderamento dos adolescentes são suportes essenciais para a saúde individual e comunitária.

Ao "empoderarem" os adolescentes, os impulsionadores de saúde tornam os indivíduos e as comunidades aptos para modificarem as suas condições de vida, e, consequentemente, a sua saúde.

Vários autores referem que “o comportamento rebelde e a procura do risco na adolescência como processos normais, constituindo um papel importante na transição para a vida adulta.” (Lapa & Matos, 2005 citado por Lopes, 2012)

Assim, neste período, “a adoção de comportamentos de risco como fumar, consumir álcool e substâncias ilegais, realizar uma alimentação rica em gorduras e/ou açúcares intensifica-se na medida em que se revela como socialmente aceite.” (Calmeiro & Matos, 2004 referenciado por Lopes, 2012)

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE] da Direção Geral de Saúde [DGS] (2006), é nesta faixa etária, que setoma fulcral “que os técnicos de saúde, juntamente com a escola e os pais, intervenham, promovam e capacitem os jovens (...)”

E na escola que grandeparte dos adolescentes vivência experiências marcantes quer a nível intergrupar quer a nível individual, sendo que os comportamentos de risco podem ser experimentados na sua vida de grupo.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] definiu *Promoção da Saúde* como “o Processo que possibilita às pessoas aumentar o seu domínio sobre a saúde e melhorá-la, ou seja, coresponsabilizou o indivíduo pela sua saúde e pela saúde da comunidade.” (OMS, 1986)

Dentro desta perspetiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e coletiva.

Em contexto escolar, Educar para a Saúde consiste em dotar as crianças e os adolescentes de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu *bem-estar físico, social e mental*, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo.

A Educação para a Saúde passou então a ser um dos espaços privilegiados de intervenção, na qual se englobam os estilos e vida.

O conceito de educação em saúdesobrepõe-se o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

(Schall&Struchiner, 1999)

“Uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida (...)” (Schall&Struchiner, 1999)

Ao realizar-se as intervenções de Escolas promotoras de Saúde é importante que estas sejam pertinentes e adequadas ao seu público-alvo.

“A Educação para a Saúde deve ser perspectivada, estruturada e trabalhada nos parâmetros da saúde comunitária com recurso a uma planificação local, descentralizada e com base nas reais necessidades da população de forma a promover escolhas conscientes por estilos de vida saudáveis.” (Antunes, 2008 citado por Brito, 2012:29)

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, deverá ter um papel ativo como agente de formação/informação na área de estilos de vida saudáveis na adolescência, quer no seu local de trabalho, quer em intervenções comunitárias em meio escolar.

A Enfermagem de Especialização em Saúde Comunitária precisa assim intervir e atuar de forma interdisciplinar, juntamente com outros profissionais, pretendendo sempre obter a melhor qualidade de cuidados possíveis.

“ E se estamos em busca constante de conhecimento, isso justifica que assumamos uma outra perspectiva/consciencialização, de maior abertura face à educação para a saúde, que é um campo de extrema abrangência e que, por isso mesmo, está intimamente relacionada com a aprendizagem ao longo da vida.” (Gomes, 2004)

O papel do enfermeiro, como planeador direciona-se para a identificação das necessidades de aprendizagem específicas da comunidade, valorizando as suas preocupações, as barreiras existentes à aprendizagem e estratégias facilitadoras dessa aprendizagem.

“O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental neste processo, pois possui as competências para coordenar e implementar programas de saúde que envolvam os vários sectores da comunidade: a saúde, a educação, as redes sociais, os diferentes departamentos das autarquias e outros, que visam a capacitação de grupos e comunidades.” (Simões et al, 2011)

Ao reconhecer-se os aspetos que levam à maior vulnerabilidade do indivíduo, grupo ou comunidade, criam-se oportunidades de intervenções de enfermagem comunitária facilitadoras de mudança, e uma cobertura mais justa, equitativa e solidária, constituindo estes alguns dos princípios éticos e deontológicos que regem a atividade profissional de enfermagem.

E nosso objetivo com a realização deste Projeto de Estágio de Intervenção Comunitária, enquadrado no III Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, contribuir para a implementação de hábitos de vida saudáveis nos adolescentes em meio escolar, integrada num projeto global de Educação para a Saúde.

Assim, definimos como objetivos da intervenção comunitária:

Objetivo geral:

- ⇒ Contribuir para a aquisição de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes do 8º e 9º Ano, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

Objetivos específicos:

- ⇒ Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas;
- ⇒ Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente às problemáticas de “consumo de álcool e substâncias ilícitas”, “violência na escola (*Bullying*)” e “sexualidade”;
- ⇒ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis, na adolescência.
- ⇒ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis.

O presente Projeto de Estágio encontra-se organizado da seguinte forma:

Abordagem na intervenção comunitária na área de Hábitos de Vida Saudáveis dos adolescentes na Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] em Portalegre, com a respetiva identificação dos principais problemas que carecem a nossa intervenção em termos de sessões de educação para a saúde, caracterização do local de estágio, a metodologia adotada, o modelo de avaliação a empregar e respetivas referências bibliográficas.

Acreditamos que a elaboração deste projeto de estágio possa contribuir para o nosso enriquecimento pessoal, formativo e/ou profissional, e que todo o desenvolvimento das sessões planeadas e o envolvimento dos adolescentes seja não só benéfico para os próprios sujeitos ativos do estudo, mas para nós, tanto como pessoas e agentes de uma sociedade em mudança, mas também e sobretudo como profissionais de saúde.

1 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA AQUISIÇÃO DA HABITOS DE VIDA SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES

A capacitação para a promoção da saúde possui como suportes primários, a criação de infraestruturas de promoção da saúde sustentáveis, e o principal desenvolvimento de competências multissetoriais, para colmatar as lacunas na implementação dos processos de promoção da saúde.

Assim sendo, no que diz respeito à Educação e Promoção da Saúde, quando se aborda o conceito de *prevenção*, enquanto profissionais de saúde, e futuras enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária, pensamos que o grande enfoque assenta na *Prevenção Primária*, dado o que se pretende, é que a “doença” não se chegue a constatar.

Antunes (2008) citado por Brito (2012:27) considera que “a educação deve ser entendida como uma dimensão da própria existência, que, enquanto processo de construção auto-participada, se realiza ao longo da vida e em função das experiências factuais e culturais”.

Neste sentido, as sessões de educação para a Saúde, com intervenção comunitária possui o seu exponencial máximo, principalmente se nos focarmos na faixa etária dos adolescentes, isto porque, “o desenvolvimento moral na adolescência assume particular importância, pois durante este período e devido ao seu desenvolvimento global, o adolescente pode questionar as normas e valores dos que o cercam, mesmo que anteriormente as tenha aceite.”

(Ferreira, 2008:13)

Deste modo, arroga-se fulcral a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Nesta linha de pensamento e indo ao encontro do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, pela Ordem dos Enfermeiros (2010), “1. As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes:

- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

<i>Projeto de Estágio: Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes, Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre</i>	2013
--	------

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Posto isto, no nosso caso particular, a Intervenção Comunitária será desenvolvida em meio escolar, nomeadamente na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

Esta intervenção aparece no seguimento de um “projeto trabalho conjunto” Escola Superior de Saúde de Portalegre vs Escola Secundária Mouzinho da Silveira de Portalegre, no âmbito da Educação e Promoção para a Saúde, em ambiente escolar.

Os alunos abrangidos por esta intervenção comunitária são os alunos aos quais foi aplicado o questionário nas turmas de 7º e 8º Ano, referentes ao ano letivo de 2012/2013 e que se encontram presentemente a frequentar o 8º e 9º ano de escolaridade, do ano letivo 2013/2014.

1.1 – PRINCIPAIS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Para a realização do Diagnóstico de Situação de Saúde, foi aplicado um questionário já validade que engloba oito grandes dimensões distintas:

I. Dados Gerais (Idade, Sexo, Ano Escolar, Área de residência e com quem vive, Profissão, escolaridade e situação de emprego do pai e mãe);

II. Alimentação e Exercício Físico (Número de refeições por dia, realização das refeições principais, Alimentos ingeridos nas refeições principais, quantidade de água ingerida diariamente, Realização de exercício físico, tipo, duração e frequência);

III. Saúde Oral (Número de cáries, Número de escovagens por dia, frequência de idas ao dentista, Consumo de doces);

IV. Sono e Repouso (Número de horas de sono por dia);

V. Segurança e Prevenção de Acidentes (Viagens entre casa e escola, Frequência de praias/piscinas, acidentes ocorridos);

VI. Consumos (Consumo de Alcool, Consumo de Tabaco, Consumo de Drogas);

<i>Escola Superior de Saúde de Portalegre – Instituto Politécnico de Portalegre</i>	9
---	---

VII. Situações de Risco (Violência na escola, Problemas de Saúde Mental, Nível de ansiedade antes dos testes e exames);

VIII. Saúde Sexual e Reprodutiva (Aceitação do corpo, Reconhecimento da importância do amor nos relacionamentos, Início da atividade sexual, Uso de contraceptivos, Esclarecimento de dúvidas e diálogo sobre o tema);

A informação obtida através das respostas dos alunos a estas dimensões foi alvo de um tratamento estatístico simples através da utilização do programa *Statistical Package for Social Science (SPSS®)* Windows, versão 21, no qual se realizou uma análise descritiva simples, com recurso a técnicas estatísticas adequadas ao tipo de variáveis em estudo.

Por seguinte, concluiu-se que as áreas prioritárias que merecem intervenção são o consumo de álcool, tabaco e substâncias ilícitas, a violência na escola e a sexualidade uma vez que:

- ⇒ Em relação ao consumo de álcool, verificou-se que a maior parte dos adolescentes já consumiu (52,7% dos rapazes e 51,6% das raparigas), sendo que também referem nunca ter ficado embriagados e raramente ingerirem no seu dia-a-dia. No entanto, torna-se fulcral referir que, embora com percentagens relativamente baixas, existem adolescentes, tanto do 7º como do 8º ano (rapazes e raparigas) que ingerem bebidas alcoólicas (vinho/cerveja) às principais refeições, o que demonstra um conhecimento inadequado sobre os efeitos inconvenientes do seu consumo.
- ⇒ Relativamente ao consumo de tabaco, as percentagens dos adolescentes que já iniciaram o consumo destas substâncias são de 40,2% no sexo feminino e de 16,5% no sexo masculino. Todavia, quando se fala de um consumo de tabaco mais regular, são os rapazes que mais o referem.
- ⇒ O consumo de substâncias ilícitas, também foi mencionado por estes adolescentes (6,7% dos raparigas e 1,8% das rapazes). Relativamente a esta dimensão, os resultados obtidos apresentam percentagens baixas, porém importa referir que se trata de adolescentes do 7º e 8º ano de escolaridade, com uma média de idades de 13 anos. A substância mais referida foi o *Haxix*, e ao contrário do

- que se possa esperar foi referida em maior número por elementos do sexo feminino.
- ⇒ Em relação ao *Bullying*, constatou-se que a maioria dos adolescentes nunca foram vítimas de violência na escola, no entanto, imperam 45 jovens adolescentes que o manifestaram. O sexo feminino apresenta valores mais elevados com 31 raparigas a referi-lo (25,6%) e o sexo masculino apresenta 12,7%, correspondendo a 14 rapazes. Estes valores merecem especial atenção, tanto por parte da comunidade escolar, como pelos profissionais de saúde, uma vez que pode interferir com a saúde física e psicológica dos adolescentes.
- ⇒ No que diz respeito ao início da atividade sexual, verificou-se que a maioria dos adolescentes ainda não iniciou a sua atividade sexual, havendo no entanto, 21 rapazes e 11 raparigas a referir já ter iniciado a mesma. A média aferida do início da atividade sexual foi de 13 anos, mas verificam-se diferenças entre os sexos, sendo que são os rapazes os que iniciam mais cedo.
- ⇒ Verificou-se ainda que, a maioria dos adolescentes encontram-se informados quanto à utilização de métodos contraceptivos, sendo que quase todos referem utilizar preservativo. Ainda assim, verificámos em três casos (duas raparigas e um rapaz), que não utilizam qualquer tipo de contraceção. Este resultado merece especial atenção pois poderá ser sinal de desconhecimento, e/ou falta de acompanhamento por parte dos pais, familiares ou profissionais de saúde.
- ⇒ Ao falar sobre sexualidade, os adolescentes falam na maior parte dos casos, com os “amigos” o que pode ser uma lacuna para a aquisição de conhecimentos fundamentais nesta área, sendo assim necessário a nossa intervenção.

2 – CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Em 1851, a cidade de Portalegre foi contemplada com um Liceu Nacional, por ser Capital de Distrito. Nesta altura era apenas um liceu masculino e eram determinadas como cadeiras específicas Agricultura e Economia Rural. Porém, no seu primeiro ano de funcionamento, as aulas ocorriam em casa dos professores, e só em Julho de 1852, o Governo decretou a instalação do Liceu Nacional de Portalegre, no Seminário Episcopal.

Por necessidade de mais espaço físico, o Liceu mudou o seu funcionamento para as instalações do Convento de São Bernardo, e mais tarde, em 1887 para o Palácio *Achaiali*, onde permaneceu até 1976.

Cedendo as suas instalações à Escola Superior de Educação de Portalegre, os seus recursos humanos e o seu valiosíssimo património cultural mudam-se para um edifício construído para o efeito na Estrada do Bonfim, onde, até esta data, permanece, como Escola Secundária Mouzinho da Silveira.

No dia 4 de Abril, aniversário da morte de José Xavier Mouzinho da Silveira, comemora-se o “Dia da Escola”.

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira situa-se na Avenida do Bonfim, da cidade de Portalegre, Capital de Distrito do Alto Alentejo.

Recebe alunos da sua área geográfica de influência, e ainda de outros concelhos contíguos, nomeadamente de Castelo de Vide, Marvão, Crato, Arronches e Monforte.

Faz parte do Agrupamento de Escolas do Bonfim e recentemente, sofreu remodelações, pela entidade *Parque Escolar*, face às direttrizes definidas pelo *Programa de Modernização das Escolas do Ensino Secundário*, tendo por base as novas exigências decorrentes do projeto educativo da escola, e ainda dos modelos de ensino-aprendizagem contemporâneos e dos atuais parâmetros de qualidade ambiental e eficiência energética.

O espaço físico global da escola foi reorganizado através da remodelação das estruturas já existentes com a construção de um novo corpo destinado à biblioteca, sala polivalente e espaço museológico, interligado com os “blocos” já existentes.

Assim sendo, o funcionamento da escola distribui-se por blocos, sendo que:

-
- ⇒ O *Bloco A* está reservado às áreas Tecnológicas, que inclui desde os Laboratórios (Laboratórios de Física, Biologia, Geologia e dois de Química e um biotério) às salas Informática e de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), e sala de Teatro.
 - ⇒ No *Bloco B* está incluída a sala de música e são também lecionadas aulas.
 - ⇒ O *Bloco C* é destinado a salas de aulas.
 - ⇒ O *Bloco D* faz a ligação dos serviços administrativos e de direção, sala de professores com os serviços de apoio como o refeitório/bar e áreas sociais destinadas aos alunos (sala de convívio, reprografia, loja de conveniência e associação de estudantes, biblioteca).
 - ⇒ No *Bloco E*, situa-se o pavilhão gimnodesportivo que também foi reabilitado, tendo sido ampliados os respetivos balneários e construída uma nova sala de ginástica.
 - ⇒ No *Bloco F* são também lecionadas aulas, e está ainda reservado como centro de formação de professores.

Todas as salas de aula possuem computador e projetor, sendo que algumas possuem ainda quadros interativos.

Posto isto, atestamos que o nosso campo de estágio cingisse aos *Bloco C e F*, uma vez que pela própria dinâmica da escola é no *Bloco C* que são lecionadas as aulas de todas as turmas de 7º Ano, e é no *Bloco F* que decorrem as aulas de todas as turmas do 8º Ano.

A escola possui ainda salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Uma sala de Teatro, sala de desenho/EVT, sala de trabalhos oficinais, sala polivalente, gabinete de apoio TIC/oficina de multimédia, salas de trabalho para professores, salas de reuniões, salas de trabalho para pequenos grupos, e Biblioteca.

No bloco D situam-se os serviços administrativos, a cozinha, o refeitório e o bar, Sala de convívio dos alunos, sala da associação de estudantes, a reprografia e a loja de conveniência. Há ainda a considerar neste bloco a sala de professores, cinco gabinetes de trabalho (Conselho Geral, sala de reuniões, Sala de reuniões do Conselho Pedagógico, sala da associação de pais e encarregados de educação, sala de diretores de turma e Gabinete da Direção).

No bloco E situa-se o Pavilhão Gimnodesportivo, uma sala de Ginástica, uma sala para aulas teóricas. Em anexo, funciona o campo de jogos. Como estruturas de apoio, temos os balneários femininos e masculinos e salas de arrumação de material desportivo.

Nesta escola pensamos que em semelhança às demais escolas, funciona o cartão magnético que permite não só o controlo de entradas e saídas dos alunos, funcionários e professores como também usufruir e ter acesso a todos os serviços da Escola.

Ano Letivo 2013/2014, a população escolar é constituída por:

- ✓ 736 Alunos matriculados, distribuídos desde o 7º Ano até ao 12º Ano de Escolaridade;
- ✓ 96 Docentes que desempenham funções no estabelecimento de ensino;
- ✓ 12 Administrativos;
- ✓ 18 Assistentes Operacionais.

3 – METODOLOGIA A APLICAR

As Sessões de Educação para a Saúde serão organizadas e orientadas para as áreas nas quais pensamos haver mais necessidade, tendo em conta os resultados obtidos no estudo efetuado.

A intervenção comunitária será desta forma, orientada para três temáticas principais: *Consumo de Alcool e Drogas, Violência na escola (Bullying) e Sexualidade*.

O estágio tem um período definido entre 16 de setembro de 2013 a 31 de janeiro de 2014, sendo que as sessões de *Educação para a Saúde* serão realizadas nos locais e datas expostas no cronograma em anexo exposto. (Anexo I)

A programação da execução das sessões de educação para a saúde foi definida de acordo com a autorização e disponibilidade da Direção da Escola Mouzinho da Silveira, respetivos diretores de turma, professores e atividades letivas dos alunos.

Da metodologia a aplicar, fazem parte os objetivos definidos no início da intervenção assim como a avaliação e perceção da sua concretização.

Após definidos os objetivos, foi levantado um diagnóstico da situação de saúde, que foi a base para uma intervenção planeada e direcionada para as reais necessidades da população alvo, neste caso os adolescentes do 8º e 9º Ano do presente ano letivo.

Para por em prática o projeto idealizado contamos com alguns recursos que nos permitirão o desenvolver do mesmo, da forma mais elucidativa possível tendo em conta a classe etária dos destinatários.

Recursos Humanos:

- ⇒ Grupo de alunos do III Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- ⇒ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre [ESSP];
- ⇒ Direção da ESSP;
- ⇒ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS;

*Projeto de Estágio: Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes,
Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre*

2013

⇒ Direção e Professores da ESMS.

Recursos Materiais:

⇒ Anfiteatro da ESMS;

⇒ Auditório do Instituto Português da Juventude [IPJ];

⇒ Meios audiovisuais;

⇒ “Caixa” para colocação de dúvidas.

3.1 – ESPECIFICAÇÃO DETALHADA DAS ACTIVIDADES

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Tempo
⇒ Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação e promoção de hábitos de vida saudáveis, de acordo com as necessidades identificadas.	⇒ Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> , sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; ⇒ Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Realização de Sessões de Educação para a Saúde.	⇒ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Alunos do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ⇒ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ⇒ Direção e Professores da ESMS ⇒ Anfiteatro do IPJ.	⇒ Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; ⇒ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde.	⇒ Até ao final de janeiro 2014.

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Tempo
⇒ Contribuir para a aquisição de conhecimentos dos adolescentes, relativamente às problemáticas de “consumo de álcool e Drogas”, “violência na escola (<i>Bullying</i>)” e “sexualidade”.	⇒ Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guidelines</i> , sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; ⇒ Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Realização de Sessões de Educação para a Saúde.	⇒ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Alunos do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ⇒ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ⇒ Direção e Professores da ESMS ⇒ Anfiteatro do IPJ.	⇒ Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; ⇒ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde.	⇒ Até ao final de janeiro 2014.

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Tempo
⇒ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis na adolescência.	⇒ Pesquisa bibliográfica em termos de <i>guiões</i> sobre Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes; ⇒ Reuniões de orientação com a Coordenação do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Realização de Sessões de Educação para a Saúde.	⇒ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Alunos do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ⇒ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ⇒ Direção e Professores da ESMS ⇒ Anfiteatro do IPJ.	⇒ Que 70% dos adolescentes assistam às sessões de Educação para a Saúde; ⇒ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde.	⇒ Até ao final de janeiro de 2014.

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação	Tempo
⇒ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis.	⇒ Após Sessão de Educação para a Saúde, aplicar o Questionário de Avaliação de satisfação aos adolescentes.	⇒ Equipa Coordenadora do III Mestrado em Enfermagem; ⇒ Alunos do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária; ⇒ Alunos do 8º e 9º Ano da ESMS; ⇒ Direção e Professores da ESMS ⇒ Anfiteatro do IPJ.	⇒ Que 70% dos adolescentes respondam ao questionário de satisfação, da Sessão de Educação para a Saúde.	⇒ Até ao final de janeiro de 2014.

4 – MODELO DE AVALIAÇÃO

No que diz respeito à avaliação deste projeto de estágio em termos de Intervenção Comunitária, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes, a mesma será realizada pelos quatro elementos do grupo de trabalho e equipa coordenadora do III Mestrado em Enfermagem, através de discussão e análise de todas as intervenções levadas a cabo, objetivos delineados e de acordo com os dados obtidos pelos questionários de satisfação dos adolescentes (Anexo II), que serão facultados após o término de cada sessão de educação para a saúde.

5 – BIBLIOGRAFIA

Associação Portuguesa dos Nutricionistas (2012). *Adolescência*. Acedido a 5 de novembro de 2013 em

<http://www.apn.org.pt/scid/webApp/defaultArticleViewOne.asp?articleID=420&categoryID=846>

Brito, R. (2012). *Os Hábitos de Saúde dos Adolescentes*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em...Enfermagem...Acedido a 5 de novembro de 2013 em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9521>

Costa, A. (2006). *A Educação Sexual numa perspetiva de educação para a saúde: um estudo exploratório na Escola Secundária Pluricurricular de Santa Maria Maior de Viana do Castelo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade do Minho. Acedida em 5 de novembro de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6284>

Ferreira, M. (2008). *Estilos de vida na Adolescência: De necessidades em saúde à intervenção de Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Acedido a 5 de novembro de 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7166>

Gomes, Ana (s.d.). *Educação para a saúde em contexto formal, não formal e informal*. Acedido a 30 de Março de 2013 em http://enciga.org/files/boletins/73/IN_Gomes_Ana_CC_Educao_para_a_saude.pdf

Lopes, M. (2012). *Hábitos de vida dos Adolescentes: Género, Ano de Escolaridade e Prática de Atividade Física*. Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Psicologia do Desporto. Universidade Técnica de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana. Acedido a 5 de novembro de 2013 em <https://www.repositorio.utl.pt/bitstream/10400.5/5153/1/Tese.pdf>

*Projeto de Estágio: Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes,
Escola Secundária Mouzinho da Silveira – Portalegre*

2013

Organização Mundial de Saúde [OMS] (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Canadá.

PORTUGAL, Direção Geral de Saúde [DGS] (2006). *Circular Normativa. Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Acedido a 5 de novembro de 2013 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008093.pdf>

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 5 de novembro de 2013 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG 20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica%20aprovadoAG%20Nov2010.pdf)

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem: Ordem dos Enfermeiros.

Schall, V. & Struchiner, M. (1999, Janeiro). *Educação em saúde: novas perspectivas*. Caderno Saúde Pública [online], volume 15, suplemento n.º 2. Acedido a 5 de novembro de 2013 em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001

Simões, C.; Nogueira, C.; Lopes, D.; Santos, N. & Peres, S. (2011). *Os Enfermeiros e a Educação para a Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 5 de novembro de 2013 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseeducacao%20paraSaude.aspx>

Apêndice V – Cronograma das Sessões de Intervenção Comunitária

Apêndice V – Cronograma das Sessões de Intervenção Comunitária

2013/2014	Novembro	Dezembro	Janeiro	Janeiro
Manhã	-----	16.12.2013 Sessão de Educação para a Saúde: “Consumo de Álcool Tabaco e Drogas” Dirigida aos alunos do 8º / 9º Ano	16.01.2014 Sessão de Educação para a Saúde: “Violência na Escola (<i>Bullying</i>)” Dirigida aos alunos do 8º / 9º Ano	17.01.2014 Sessão de Educação para a Saúde: “Sexualidade” Dirigida aos alunos do 8º / 9º Ano
Tarde	13.11.2013 Às 14h Sessão de Apresentação dos Resultados do Diagnostico de Saúde à Direção e Docentes da ESMS	-----	-----	-----

Apêndice VI- Apresentação em *Power-point*, dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e aos docentes da ESMS;

Apêndice VI- Apresentação em *Power-point*, dos resultados do Diagnóstico de Situação de Saúde à Direção e aos docentes da ESMS;

Escola Superior de Saúde de Portalegre – III Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE: HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS DOS ADOLESCENTES

ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA – PORTALEGRE

Ana Catarina Figueira nº 9110
Ana Raquel Batista nº 9117
Filipa Ribeiro nº 9108
Marta Ramos nº 9159

novembro de 2013

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária, do III Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi-nos proposto a elaboração de um Diagnóstico da Situação de Saúde.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Objetivos:

- Adquirir conhecimentos sobre as várias etapas do Planeamento em Saúde;
- Aprofundar conhecimentos sobre Metodologia Quantitativa Científica de Investigação;
- Identificar os Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre;
- Promover Hábitos de Vida Saudáveis aos Adolescentes, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Estrutura do Trabalho:

- Enquadramento teórico;
- Metodologia – Recolha de dados através da aplicação de questionários;
- Tratamento e análise dos dados obtidos;

DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- O interesse enquanto grupo, por aspetos que caracterizam a adolescência e as fases que a constituem, levou-nos a elaborar um complexo trabalho de pesquisa que nos pudesse facultar informações essenciais sobre a população de adolescentes em estudo.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Em termos de Planeamento em Saúde, o diagnóstico constitui a primeira etapa, todavia, uma vez estabelecido, “**o diagnóstico da situação deverá corresponder às necessidades da saúde da população.**” (Imperatori & Giraldes, 1999:45)

- Por conseguinte, no que concerne ao nosso Diagnóstico da Situação, o mesmo teve como principal fundamento:

Analisar os Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

- A **Escola Secundária Mouzinho da Silveira** situa-se na Avenida do Bomfim, da cidade de **Portalegre**, Capital de Distrito do Alto Alentejo;
- Recebe alunos da sua área geográfica de influência, e ainda de outros concelhos contíguos, nomeadamente de **Castelo de Vide, Marvão, Crato, Arronches e Monforte**;
- Faz parte do Agrupamento de Escolas do Bomfim ;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização da População da ESMS

No presente Ano Letivo 2012/2013, a população escolar é constituída por:

- 736 Alunos matriculados, distribuídos desde o 7º Ano até ao 12º Ano de Escolaridade;
- 96 Docentes que desempenham funções no estabelecimento de ensino;
- 12 Administrativos;
- 18 Assistentes Operacionais;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

- O espaço físico global da escola foi reorganizado através da remodelação das estruturas já existentes com a construção de um novo corpo destinado à **biblioteca, sala polivalente e espaço museológico**;
- O **Bloco A** está reservado às áreas Tecnológicas, que inclui desde os Laboratórios (**Laboratórios de Física, Biologia, Geologia e dois de Química e um biotério**) às salas **Informática e de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC)**, e sala de **Teatro**.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

- No **Bloco B** está incluída a sala de música e são também lecionadas aulas;
- O **Bloco C** é destinado a salas de aulas;
- O **Bloco D** faz a ligação dos **serviços administrativos** e de **direção, sala de professores** com os serviços de apoio como o **refeitório/bar** e áreas sociais destinadas aos alunos (**sala de convívio, reprografia, loja de conveniência e associação de estudantes, biblioteca**);

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

- No **Bloco E**, situa-se o pavilhão gimnodesportivo;
- No **Bloco F** são também lecionadas aulas, e está ainda reservado como centro de formação de professores;

Todas as salas de aula possuem computador e projetor, sendo que algumas possuem ainda quadros interativos.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Questionário:

- Caracterização das Variáveis Sociodemográficas;
- Alimentação e Exercício Físico;
- Saúde Oral;
- Sono e Repouso;
- Segurança e Prevenção de Acidentes;
- Consumos (álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas);
- Situações de Risco e Acidentes;
- Saúde Sexual e Reprodutiva;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- Os questionários foram preenchidos pelos próprios sujeitos da investigação, em dois dias (13 e 14 de Maio 2013), e durante o período normal de aulas, de acordo com sugestão e autorização da direção da escola.
- Dado o grande número de questionários a aplicar, 11 turmas, dos 7º e 8º Anos respetivamente, houve a necessidade de dividir os elementos do grupo em dois, ou seja, dois grupos de duas pessoas.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- Questionários previstos inicialmente:

269

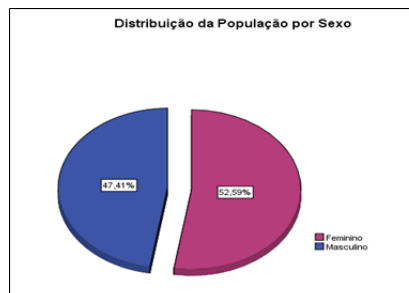
- Do número de questionários previstos inicialmente, não responderam os alunos não autorizados pelos encarregados de educação, e os que faltaram no dia da sua aplicação.

232

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Caracterização da Amostra



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

A maioria dos adolescentes efetua entre 3 a 4 refeições por dia;

São os indivíduos do sexo feminino, que estão em número superior no que refere à ingestão de menos de 3 refeições diárias;

São os indivíduos do sexo masculino que realizam 5 ou mais refeições diárias;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Maioritariamente todos os adolescentes ingerem o pequeno-almoço antes de sair de casa: Apenas 3,3% das raparigas e 1,8% dos rapazes saem de casa sem comer;

Os alimentos mais consumidos ao pequeno-almoço são o leite com 71,9% seguido dos cereais com 57,9%;

A maior parte dos alunos refere que toma frequentemente o lanche a meio da manhã, sendo os rapazes quem mais o refere fazer; 37,3% dos rapazes e 33,6% das raparigas;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

Os alimentos mais consumidos no lanche a meio da manhã, são os Bolos/Bolachas (53,8%) e o pão (48,9%);

Relativamente ao lanche da tarde, a maior parte dos alunos refere que o realiza "sempre", sendo os rapazes quem mais o refere fazer (47,3%);

Relativamente ao lanche da tarde, os alimentos mais consumidos são o pão (64,8%), o leite/iogurte (50,2%);

Nas refeições principais verifica-se que a percentagem dos adolescentes que refere consumir sopa, salada e fruta é bastante elevada;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

O número de adolescentes que referiu consumir vinho e cerveja às principais refeições foi bastante baixo (4,3%);

Verifica-se que é no sexo masculino que se encontra um maior nº de casos : (5 rapazes do 7º ano e 3 do 8º ano);

No que se refere à ingestão de água, a Moda em ambos os sexos é de Mo=5 copos de água por dia;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

Na sua maioria, todos os adolescentes da ESMS praticam algum tipo de exercício físico;

No que toca a percentagens, são os rapazes quem mais praticam exercício físico: (87% dos rapazes e 81% das raparigas);

Os rapazes optam pela prática do futebol (41,9%) enquanto que as raparigas por outro tipo de praticas desportivas;

Em termos da duração da prática de exercício físico é o sexo feminino que obtém percentagens mais elevadas comparativamente ao sexo masculino;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Oral

A maioria dos adolescentes inquiridos refere que até ao momento não teve cáries: (54,1% dos rapazes e 57% das raparigas);

A maioria dos adolescentes escovam os dentes duas vezes por dia: (54,1% das raparigas e 52,7% dos rapazes);

No que se refere às idas ao dentista, constatámos que a percentagem mais alta é a resposta de "6 em 6 meses", em ambos os sexos: (37,2 % nas raparigas e 30,8% nos rapazes);

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Sono e Repouso

A Média de Sono é de cerca de 8 horas e meia;

Porém é de notar que 51 alunos dormem menos de 8 horas;

16,9%, dorme pelo menos 10 horas por noite;

Totalizando os adolescentes anteriormente referidos, existe um total de 163 adolescentes, o que perfaz mais de metade da nossa população do estudo inquirida, que possui um "padrão de sono saudável!";

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Segurança e Prevenção de Acidentes

De acordo com os dados obtidos, concluímos que o acompanhamento dos adolescentes em estudo, nas deslocações casa/escola é realizado na sua maioria pelos pais, seguido de amigos/colegas.

Para as deslocações entre casa e escola, o meio de transporte mais utilizado é o automóvel, seguido dos transportes públicos;

Nos momentos de lazer os adolescentes procuram praias ou piscinas que tenham vigilância/nadador-salvador;

No que concerne à utilização de proteção solar, são as raparigas quem o mais o pratica;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos – Álcool

Observa-se que, da população em estudo, a maioria já o fez, sendo que são os rapazes que apresentam uma percentagem mais elevada (52,7%), relativamente às raparigas (51,6);

Relativamente à frequência com que ingerem álcool, são curiosos os resultados, a maioria respondeu que "nunca ingere álcool" (51,4% no sexo masculino e 47,5% no sexo feminino);

O significado destas respostas indica que estes adolescentes já experimentaram o consumir bebidas alcoólicas, mas não têm um consumo regular;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:


Consumos – Álcool

Na questão “já alguma vez ficou embriagado?”, em ambos os sexos a maioria respondeu que não;

Dos adolescentes que já ficaram embriagados, verificámos que é o sexo feminino que possui percentagens mais elevadas;

23 Raparigas

16 Rapazes



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos - Tabaco

Observámos que a maioria dos adolescentes inquiridos em ambos os sexos não consumiu tabaco, (83,5% nos rapazes e 59,8% nas raparigas);

Constatámos que em termos da população que já consumiu tabaco, é o sexo feminino quem mais se evidencia;

Na frequência “Diariamente”, em termos globais, constatámos que existem 13 adolescentes que o fazem;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos – Substancias ilícitas

No que respeita às substâncias proibidas (drogas), os adolescentes responderam maioritariamente que nunca consumiram tais substâncias;

No entanto, entre o sexo feminino e masculino, existem 10 adolescentes a mencionar que já o fizeram ou fazem;

Constatámos que é o sexo feminino que está na frente do consumo como primeira experiência com 6,7%, para 1,8% do sexo masculino;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos - Drogas

No que diz respeito à substância mais consumida entre os adolescentes, verificámos que é o *haxixe*;

Relativamente à frequência do consumo, é o sexo feminino que assume maior percentagem neste item;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Violência e Saúde Mental

A maioria dos adolescentes referiu que não foi vítima de violência na escola;

Observámos que é sexo feminino que apresenta valores mais elevados de violência na escola;

Concluimos que em 232 alunos inquiridos, 45 jovens adolescentes já foram vítimas de violência na escola;

O sexo feminino referiu todos os tipos de violência, porém é a violência verbal a mais referida com 77,4% dos casos;

No que diz respeito à violência sexual, a mesma foi referida apenas por uma rapariga;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Violência e Saúde Mental

No sexo masculino é a violência física a que apresenta valores mais elevados (69,2%), seguindo-se a violência psicológica com (53,8%), e por fim a verbal com (46,2%). Os adolescentes do sexo masculino não referiram ter sido vítimas de violência sexual;

Dos adolescentes vítimas de violência, podemos verificar que a maioria referiu que foram os colegas os responsáveis por esta violência;

A grande maioria dos inquiridos referiu não sofrer ou ter sofrido de nenhum tipo de problema de Saúde Mental;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Sexual e Reprodutiva

Relativamente à aceitação do corpo tal como ele é, verificámos que no sexo feminino a maioria respondeu que "concorda";

No sexo masculino, a maioria respondeu que "concorda totalmente";

Ao serem questionados sobre se reconhecem que o afeto ou amor devem existir nos relacionamentos sexuais, verifica-se que a maioria dos adolescentes inquiridos "concorda totalmente";

Porém, é o sexo masculino que apresenta uma percentagem mais elevada nesta resposta;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Sexual e Reprodutiva

No que concerne ao início da actividade sexual, verificámos que a maioria dos adolescentes inquiridos ainda não a iniciou ;

Observámos que na totalidade da população-alvo do estudo, existem adolescentes que já iniciaram a sua actividade sexual (N=32: 21 rapazes e 11 raparigas);

De entre os adolescentes que responderam que já tinham iniciado a sua actividade sexual , percebemos que a média de idades com que foi realizada é cerca de $\mu=13,18$;

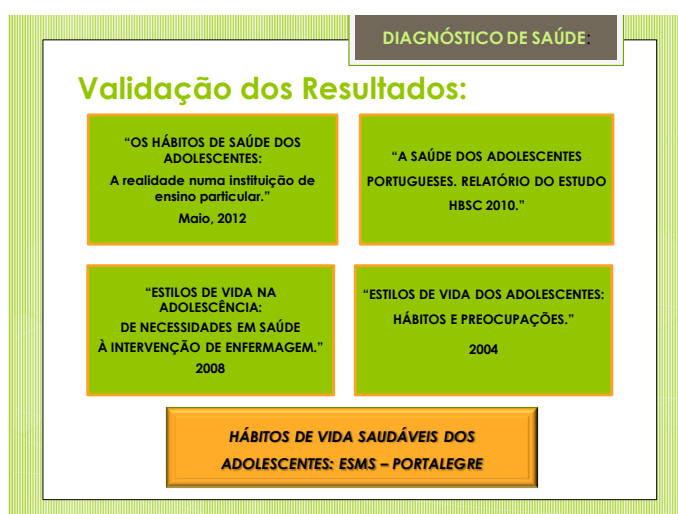
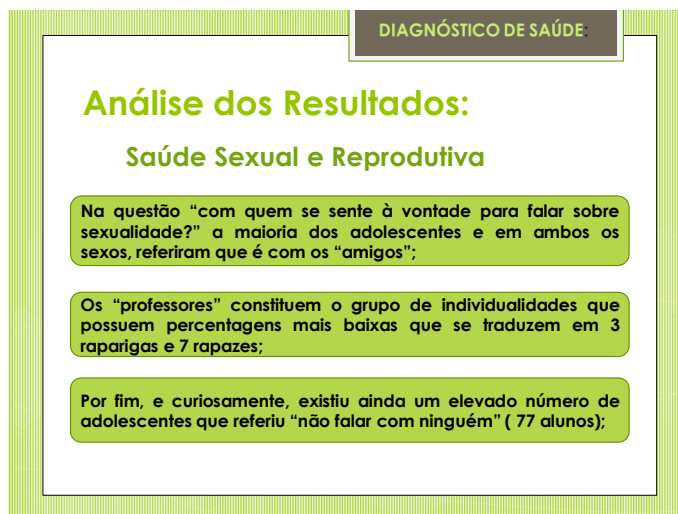
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Sexual e Reprodutiva

De entre os adolescentes que referiram ter iniciado a sua actividade sexual, verificámos que a maioria respondeu que usa contraceção nas relações, (81,8% das raparigas e 95% dos rapazes);

No que concerne ao método contraceptivo ou de protecção utilizado pelos adolescentes inquiridos que já iniciaram a sua actividade sexual, observámos que em ambos os sexos foi o "preservativo masculino";



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Validação dos Resultados:

- ❖ **"OS HÁBITOS DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES: A REALIDADE NUMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO PARTICULAR."** Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.
Autora: Renata Catarina Alves Brito, maio 2012.
- ❖ **"A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES. RELATÓRIO DO ESTUDO HBSC 2010."**
Autores: Margarida Gaspar de Matos; et al.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Validação dos Resultados:

- ❖ **"ESTILOS DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA: DE NECESSIDADES EM SAÚDE À INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM."** Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
Autora: Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira, 2008.
- ❖ **"ESTILOS DE VIDA DOS ADOLESCENTES: HÁBITOS E PREOCUPAÇÕES."** Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.
Autora: Maria Manuela Gonçalves Guedes de Pinho Guerra, 2004

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

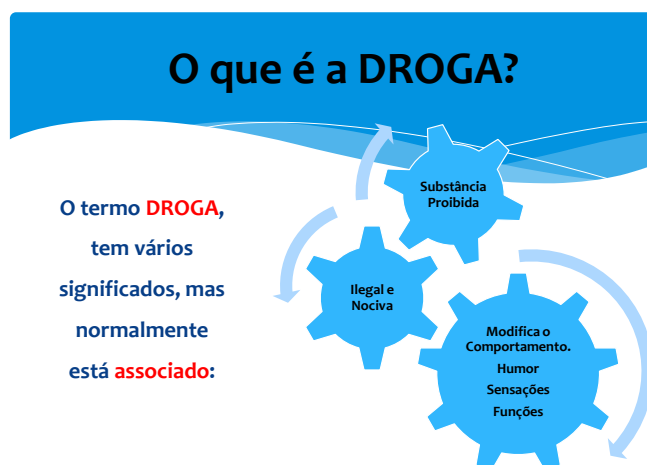
FIM

Apêndice VII - Apresentação em *Power-point* sobre “Adolescentes, álcool, tabaco e drogas”

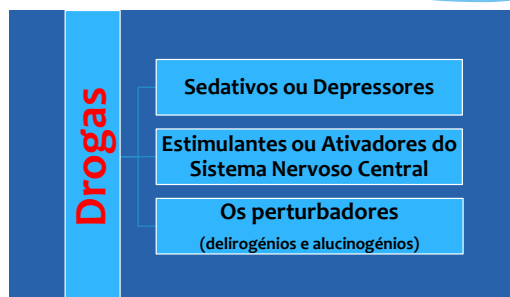
Apêndice VII - Apresentação em Power-point sobre “Adolescentes, álcool, tabaco e drogas”



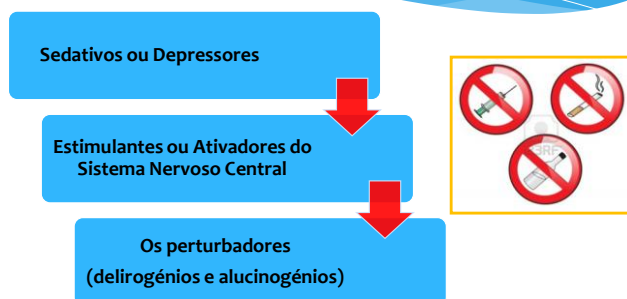
DROGA é toda e qualquer substância, natural ou sintética, que introduzida no organismo modifica as suas funções normais.



Classificação das DROGAS



Classificação das DROGAS



Classificação das DROGAS

❖ SEDATIVOS ou DEPRESSORES:

Álcool



Heroína



Psicofármacos
(Drunfos)



Classificação das DROGAS

❖ Estimulantes ou Ativadores do Sistema Nervoso Central

Cocaína



Nicotina



Psicofármacos (Speeds)



Classificação das DROGAS

❖ Os Perturbadores (Delirogénios e Alucinogénios)

Marijuana

(erva boi ou liamba)



Haxixe

(Chamom, bolota, Charro, passa ou ganza)



LSD



Efeitos Prejudiciais das DROGAS

Efeitos Físicos



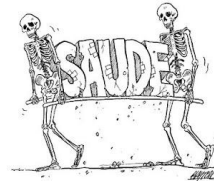
Efeitos Psíquicos



Efeitos Prejudiciais das DROGAS

* Efeitos Físicos

1. Doenças infecto-contagiosas (SIDA, Hepatites, septicemias, doenças sexualmente transmissíveis...);
2. Doenças cardiovasculares;
3. Doenças pulmonares;
4. Doenças do aparelho locomotor;
5. Overdoses.



Efeitos Prejudiciais das DROGAS

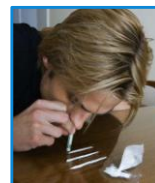
1. Dificuldades no desenvolvimento de crescimento;
2. Perturbações do comportamento;
3. Perdas afetivas e solidão;
4. Perda da capacidade lúdica;
5. Perturbações da ansiedade;
6. Perturbações de narcisismo;
7. Síndrome de borderline;
8. Depressão;
9. Neurose ou Psicoses Suicídio.

* Efeitos Psíquicos



Formas de Consumo de Drogas

- Injetar;
- Fumar;
- Inalar o cheiro da droga;
- Dissolver em bebidas;
- Consumir comprimidos;



Droga: Uma Viagem sem Volta!

Drogas: NÃO

**Obrigada pela
vossa Atenção!**

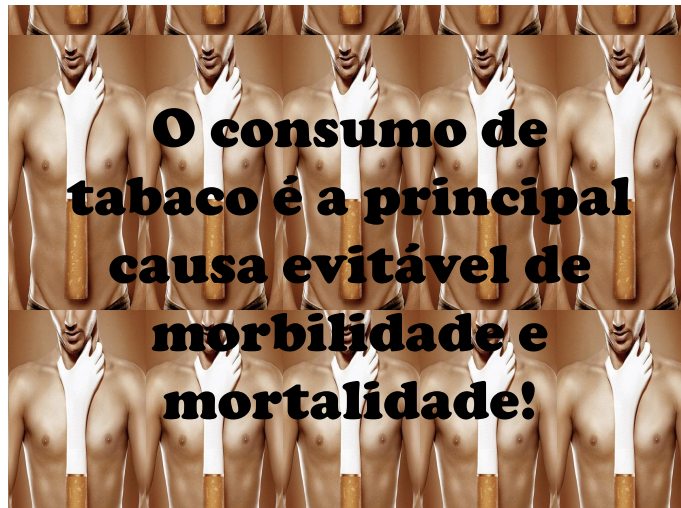


Apêndice VIII – Filme sobre “Adolescentes, álcool, tabaco e drogas”

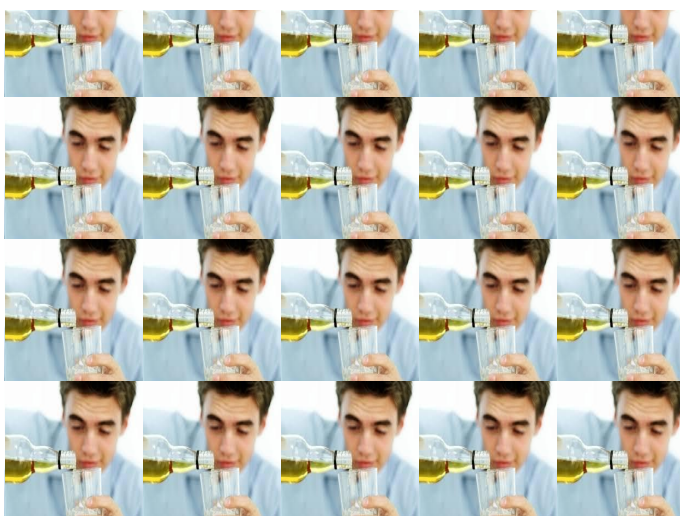
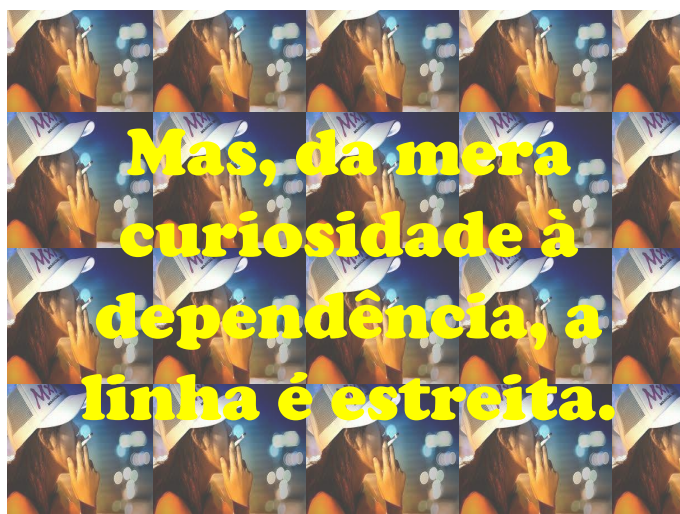
Apêndice VIII – Filme sobre “Adolescentes, álcool, tabaco e drogas”



**Para desafiar os
adultos ou
pertencer a
determinado
grupo...**

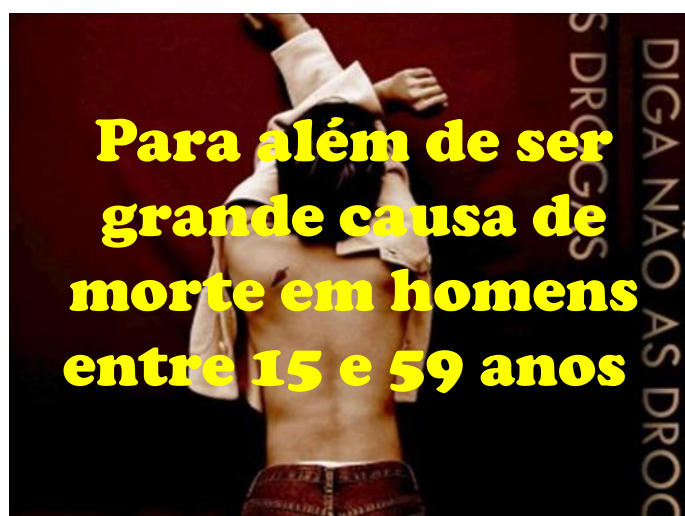


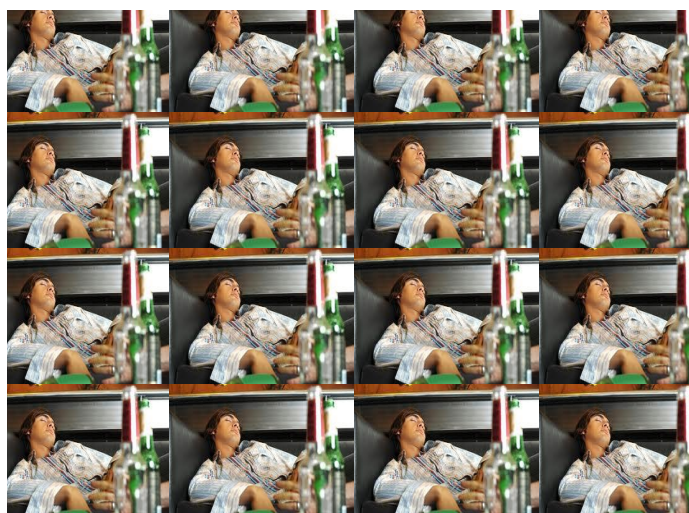
**Podem acontecer os
primeiros cigarros, as
primeiras bebidas
alcoólicas, os
primeiros consumos
ilícitos...**



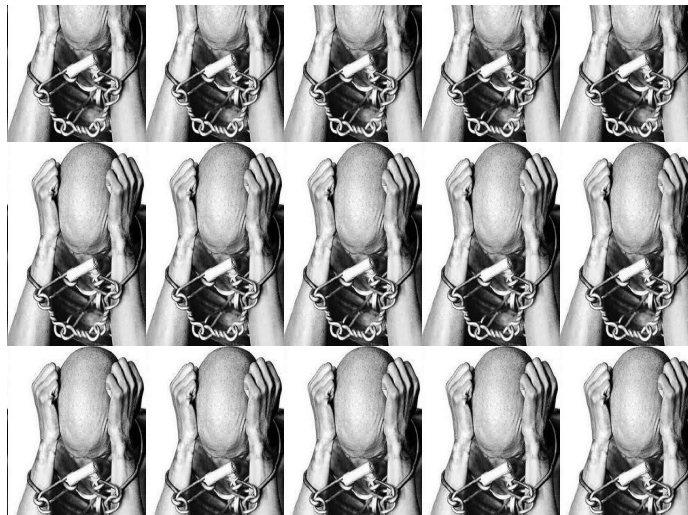


**O uso abusivo do
álcool é
especialmente
fatal para os
jovens...**





**O alcoolismo é
uma doença... Uma
terrível e fatal
doença!!**

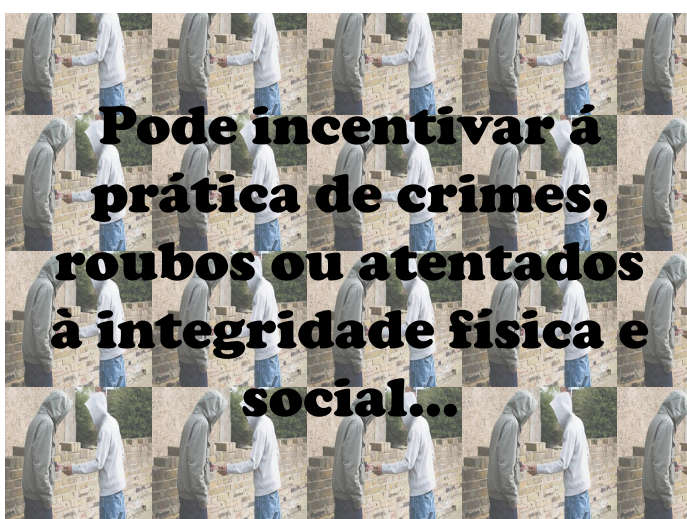


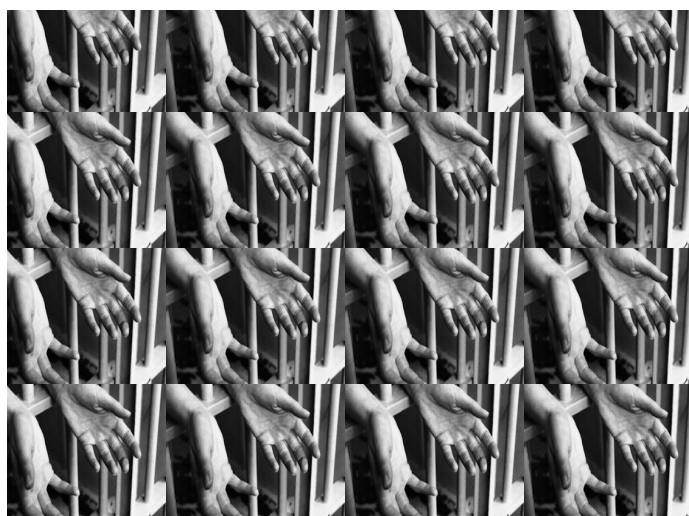
**O consumo de
drogas ilícitas
também é um
problema de saúde...**

**Não só dos próprios
consumidores e
abusadores de
substâncias
psicoativas...**

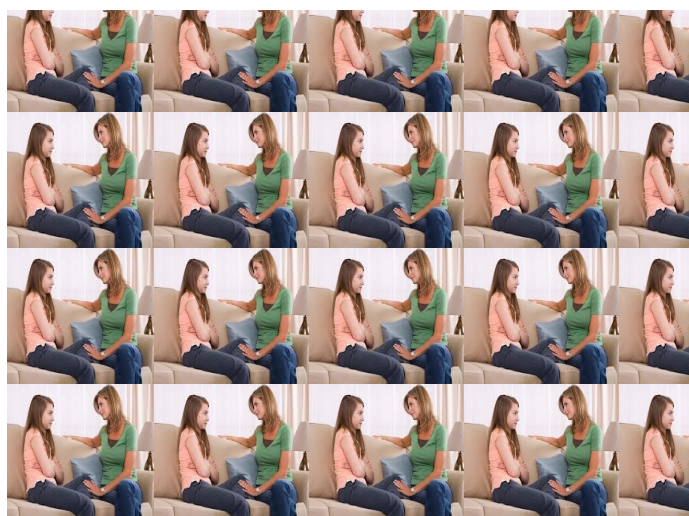
**... mas também da
sociedade, pelos
problemas relacionados
com doenças sexualmente
transmissíveis, bem como
SIDA, Hepatites,
Tuberculose...**

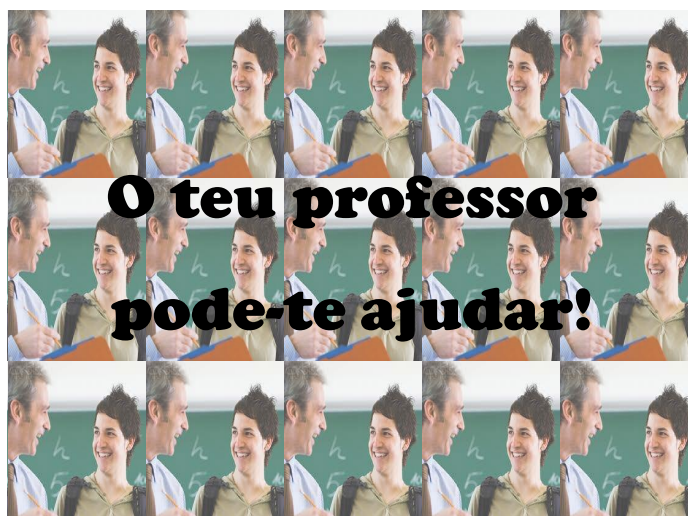
**Pode levar ao insucesso
escolar e abandono
precoce, isolamento
comportamentos
violentos e antissociais...**





**Procura alguém
para conversar...**

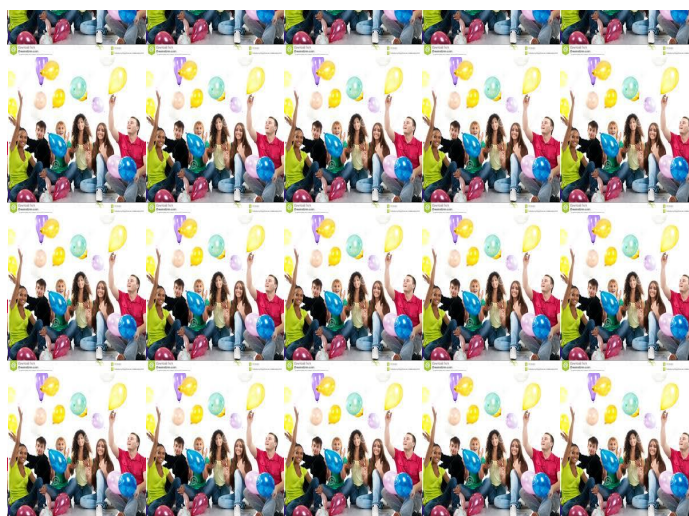
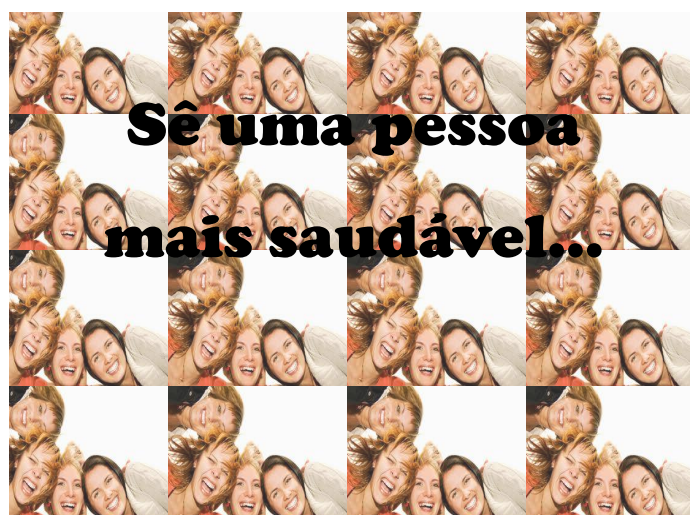


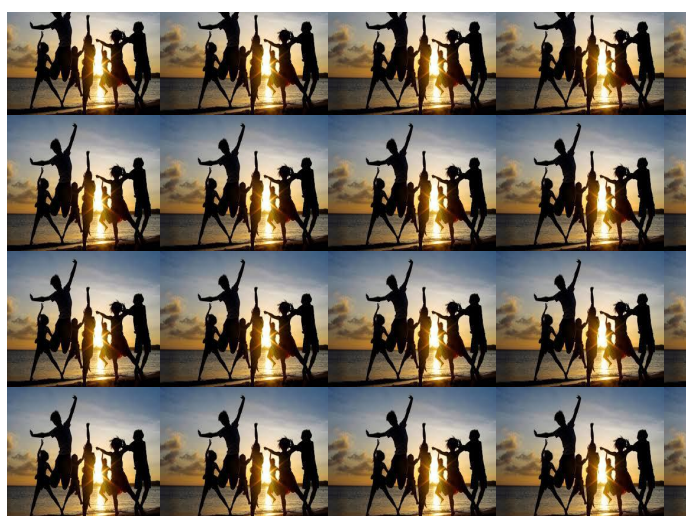


**Terás sempre um
Enfermeiro ou outro
Profissional de
Saúde em quem
podes confiar!!**



Cuida de ti...





**Escola Superior de Saúde de
Portalegre - III Mestrado em
Enfermagem -
Especialização em
Enfermagem Comunitária.**

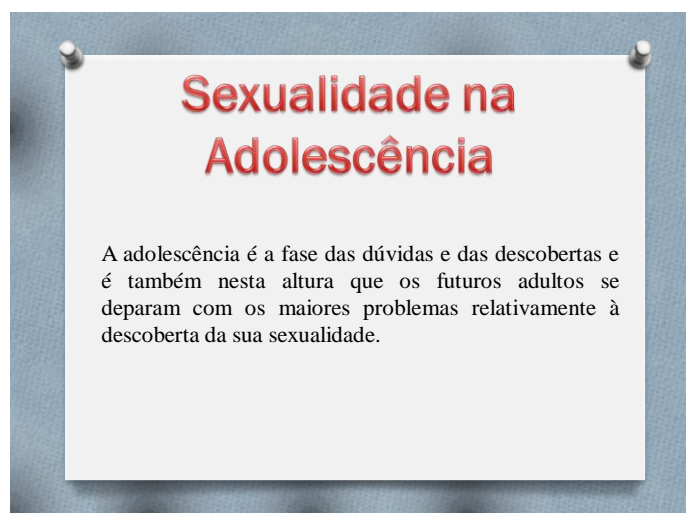
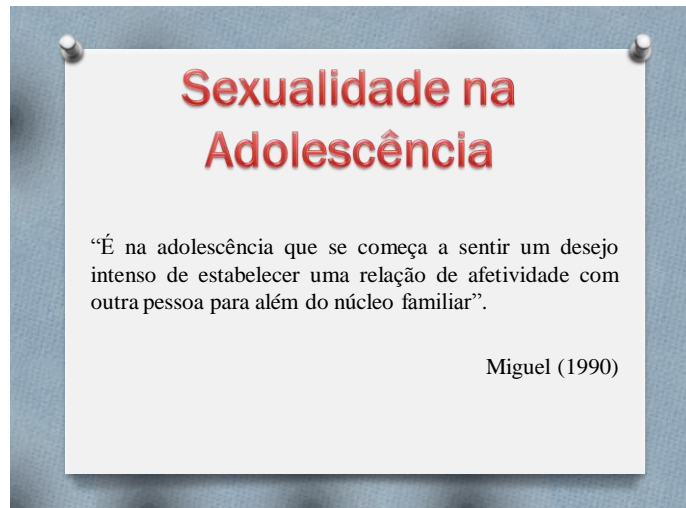
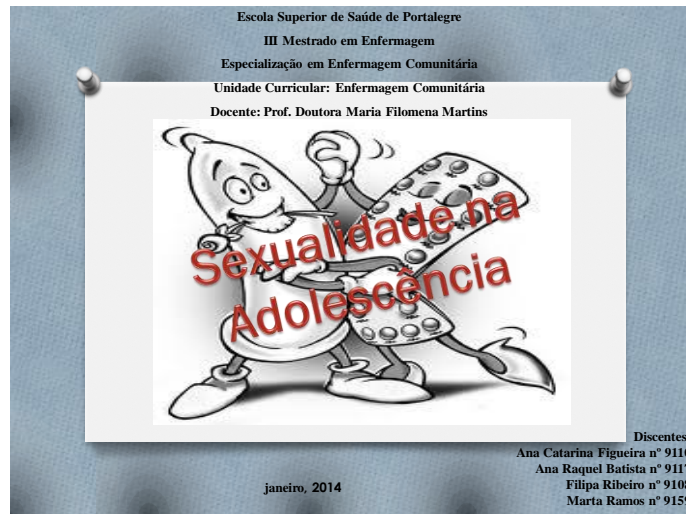
**Elaborado por... Ana
Figueira, Ana Baptista,
Filipa Ribeiro e Marta
Ramos...**

Janeiro de 2014

FIM

Apêndice IX- Apresentação em *Power-point* sobre “Sexualidade”

Apêndice IX- Apresentação em *Power-point* sobre “Sexualidade”



Sexualidade na Adolescência

- A sexualidade não se resume apenas ao ato sexual, é um conceito com uma enorme complexidade, não havendo por isso uma definição única.
- “A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”

(De acordo com a OMS, citada pela Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres (2001:9).

Sexualidade na Adolescência

- O aparecimento da puberdade, a partir dos 10, 11 anos, marca o início da adolescência.

Um período marcado por múltiplas alterações: bio-fisiológicas, psicológicas, intelectuais e sociais. A nível da sexualidade, verificam-se as seguintes mudanças:

- Maturação dos órgãos sexuais;
- Especifica-se o desejo sexual;
- Os estímulos passam a ter um valor erótico;

Sexualidade na Adolescência

- O desejo sexual e a atração pelos estímulos eróticos impulsionam a procura de satisfação por auto-estimulação ou por contacto com os outros;
- O comportamento sexual começa a definir-se em função das crenças, organização social, controlo da pulsão, etc.
- Formação da **identidade sexual**;
- Começam, a partir desta altura, os compromissos para relações de diferentes tipos;
- Capacidade de resposta adulta à estimulação sexual;

Sexualidade na Adolescência

Manifestações anatómicas e fisiológicas

Nos rapazes

- Crescimento do tamanho dos testículos e do escroto;
- Aparecimento dos pêlos púbicos;
- Crescimento do pénis;
- Crescimento de pêlos noutras zonas do corpo;
- Início da produção de espermatozoides;



Sexualidade na Adolescência

Nas raparigas

- Desenvolvimento do tecido mamário;
- Aparecimento de pêlos púbicos e nas axilas;
- Amadurecimento dos ovários;
- Desenvolvimento das trompas e do útero;
- Aumento de tamanho da vagina, dos grandes lábios e dos pequenos lábios;
- Surge a primeira menstruação (menarca);



Sexualidade na Adolescência

Métodos Contracetivos

São mecanismos que permitem evitar uma gravidez indesejada e, alguns deles também, evitar doenças sexualmente transmissíveis

o Hormonal

- Pilula; minipilula; pilula do dia seguinte.
- Injetável e implante



Sexualidade na Adolescência

Local/Barreira

- Preservativo
- Diafragma

Natural

- Abstinência Periódica
- Coito Interrompido

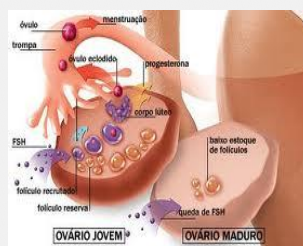
Esterilização



Sexualidade na Adolescência

Componentes

- Estrogénios
- Progestagénio



Sexualidade na Adolescência

Pilula-Mecanismos de ação

- Inibição da ovulação
- Atrofia endometrial
- Espessamento do muco cervical

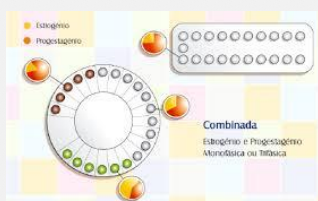


Sexualidade na Adolescência

Pílula Combinada

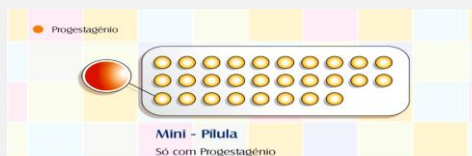
Administração:

- 1º dia de menstruação
- Diária
- 21 comprimidos
- 7 dias de pausa
- Recomeço de nova embalagem
- Hemorragia de privação na pausa



Sexualidade na Adolescência

Mini - Pílula



Sexualidade na Adolescência

Não tomar se . . .

- Tem hábitos tabágicos
- História de Coagulopatias
- HTA
- Doenças do fígado
- Diabetes grave
- Câncer
- Gravidez



Sexualidade na Adolescência

Contraceção de Emergência

- Tomar até 72h após a relação sexual desprotegida.
- Quanto mais cedo melhor.
- Não protege contra DST.
- Bloqueia a ovulação
- **NÃO É ABORTIVA**
 - Se já existe gravidez . . . Não a interrompe
- Não provoca mal formações congénitas.



Sexualidade na Adolescência

Métodos de Barreira



Preservativo masculino



Preservativo feminino



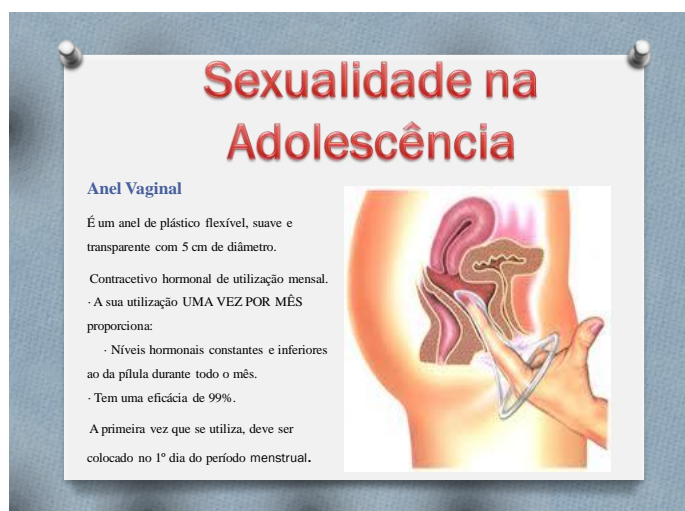
Diafragma

Sexualidade na Adolescência

Preservativo

- Evita a Gravidez
- Protege das DST
- Usar sempre durante a relação sexual.
- Colocar antecipadamente
- Não é reutilizável



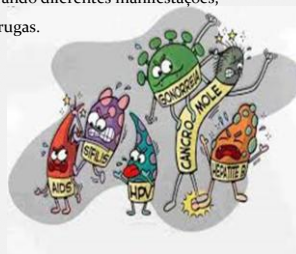


Sexualidade na Adolescência

Vários tipos de agentes infecciosos (vírus, fungos, bactérias e parasitas) estão envolvidos na contaminação por DST, gerando diferentes manifestações, como feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

As DST mais reconhecidas são:

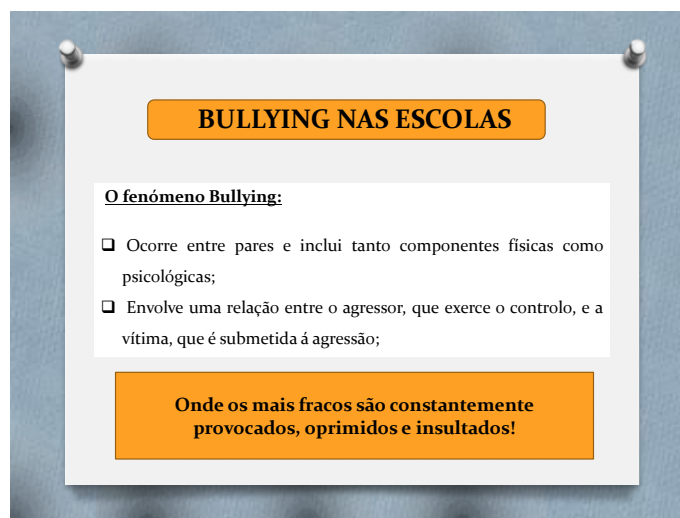
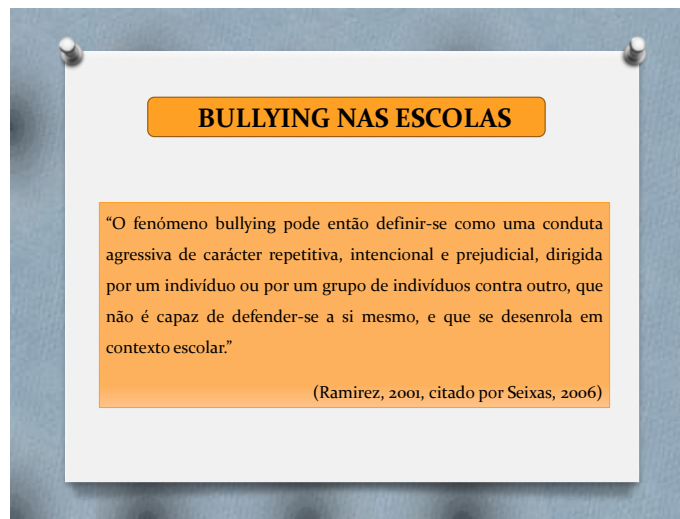
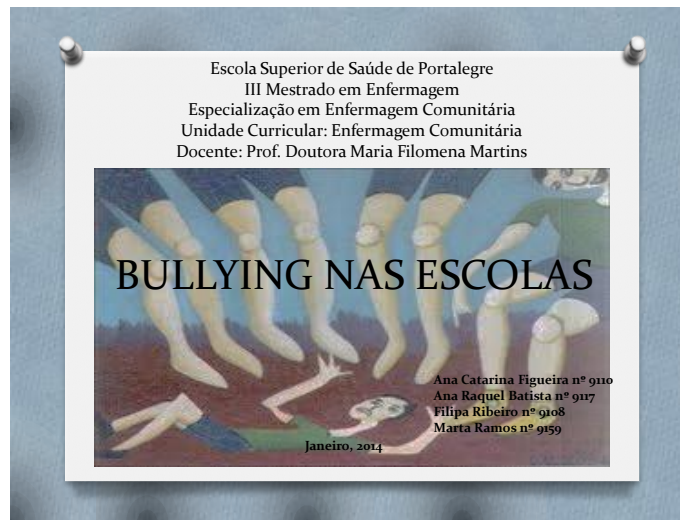
Vírus HIV
Vírus Hepatite
HPV
Gonorréia
Sífilis



FIM

Apêndice X - Apresentação em *Power-point* sobre “*Bullying*”

Apêndice X - Apresentação em Power-point sobre “Bullying”



BULLYING NAS ESCOLAS

O fenómeno Bullying:

- ❑ Os agressores agredem sistematicamente as vítimas e os episódios de agressão tornam-se sucessivos e frequentes;
- ❑ Os agressores adquirem um poder sobre as vítimas que pode ser demonstrado através de diversas formas e atitudes e que podem estar relacionadas com:

Idade, força física ou estatuto no interior do grupo.

BULLYING NAS ESCOLAS

- ❑ Os alunos oprimidos ou vítimas deste tipo de agressões, manifestam normalmente grandes níveis de **stress emocional**, e têm mais suscetibilidade para **abandonar a escola** e para se tornarem eles **próprios agressores**.
- ❑ Muitas vezes este fenómeno ocorre longe do controlo dos adultos e é ocultado pelas vítimas pelo medo de represálias, o que facilita **a continuidade da sua ocorrência**.

BULLYING NAS ESCOLAS

TIPOS DE BULLYING:

- ❑ O **bullying** pode ser caracterizado de diversas formas consoante o tipo de agressões e sua forma de expressão:

Físico
Relacional
“Cyberbullying”



BULLYING NAS ESCOLAS

O Bullying:

- ❑ Pode estar relacionado com acontecimentos aversivos ou frustrantes na infância;

Experiências precoces de vitimização, de violência e tratamento rígido pelos adultos servem para desregular a criança emocionalmente, levando posteriormente a uma ira reativa e à vitimização pelos pares!!!



BULLYING NAS ESCOLAS

A **rejeição social** experienciada pelas vítimas durante a **adolescência** leva frequentemente a problemas relacionados com **autoestima**, e capacidade de **relacionamento**!!!!

BULLYING NAS ESCOLAS

**BULLYING
NÃO É
BRINCADEIRA**

BULLYING NAS ESCOLAS

- ❑ As vítimas podem tornar-se em adultos violentos, inseguros e com uma maior tendência para estados depressivos, desenvolvendo uma atitude de insegurança e dificuldade relacional;
- ❑ Muitas vezes, ingressam numa vida de delinquência, caracterizada por problemas relacionados com álcool, drogas ou outro tipo de crimes;

BULLYING NAS ESCOLAS

Identificar um jovem vítima de Bullying:

- ❑ Geralmente tratam-se de pessoas solitárias, ansiosas, sensíveis e com poucos amigos.



BULLYING NAS ESCOLAS

“Encontrar um rapaz ou uma rapariga de dezasseis anos que não refere amizades, permanece fechado em casa e sai apenas aos domingos para dar a volta dos tristes, constitui um sinal de alarme na adolescência”. (Sampaio, 1993:104)

BULLYING NAS ESCOLAS

- ❑ Os episódios de bullying devem ser relatados garantindo um apoio à vítima, e acompanhamento do agressor, sensibilizando-o para o dano que causou;
- ❑ O encaminhamento para serviços de saúde apropriados deve ser feito, a fim de minorar as consequências físicas e emocionais do bullying.



BULLYING NAS ESCOLAS



FIM

Apêndice XI - Folheto informativo sobre “*Bullying*”

Apêndice XI - Folheto informativo sobre “Bullying”

Bullying:

- ✦ O bullying é um fenómeno que existe em todas as escolas, em maior ou menor grau, atinge todas as classes sociais!!!;
- ✦ O bullying é um problema mundial, sendo encontrado em todas as escolas e não estando restrito a nenhum tipo específico de instituição ;

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Enfermagem Comunitária
Docente: Professora Doutora Maria Filomena Martins

Ana Catarina Figueira - n.º 9110
Ana Raquel Batista - n.º 9117
Filipa José Ribeiro - n.º 9108
Marta Ramos - n.º 9159



Vítimas de bullying já têm linha de apoio!!!!
Tlf: 808.968.888
(Das 18:00 às 20:00h)

Bullying nas Escolas



Portalegre
DEZEMBRO 2013

Consequências do Bullying:

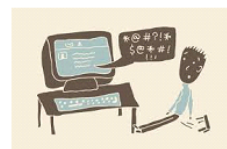
O fenómeno do bullying pode provocar um grande sofrimento físico e psicológico às vítimas;

As consequências para os estudantes oprimidos são variadas desde isolamento, sintomas físicos e psicossomáticos, tristeza, ansiedade e depressão, distanciamento quanto a assuntos da escola ou mesmo ideação do suicídio;

Tipos de Bullying

- ✦ Pode ser físico, em que a criança ou jovem é ofendida através de ameaças físicas ou relacional, onde a vítima vê controladas ou destruídas as suas relações com os pares;
- ✦ O sofrimento da vítima pode assim ser, não só físico, como psicológico, como ambos simultaneamente, o que se torna ainda mais grave para as vítimas;

- ✦ Podem existir comportamentos de bullying sexuais em que o jovem é submetido a palavras desagradáveis, e ações de natureza sexual, que expõem a sua intimidade;
- ✦ O “cyberbullying” trata-se de uma forma virtual de praticar o bullying onde se utilizam as modernas ferramentas da internet;



Apêndice XII – Questionário de Satisfação das Sessões de Intervenção Comunitária

Apêndice XII – Questionário de Satisfação das Sessões de Intervenção Comunitária



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO
DA SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES**



As alunas do III Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretendem avaliar o seu desempenho junto de ti, após a realização da Sessão de Educação para Saúde.

Neste sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais verdadeira possível. Pois, estamos certas que só assim o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho.

QUESTIONÁRIO

Ano de Escolaridade: _____ **Idade:** _____ **Sexo:** _____

(Assinalar com “X” a resposta pretendida)

Questões		Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Extremamente Satisfeito
11.	Modo como te sentiste durante a sessão					
22.	Pertinência dos temas abordados					
33.	Modos como os temas foram abordados					
44.	Esclarecimento de dúvidas					
55.	A sessão correspondeu às tuas expetativas?					
66.	Grau de satisfação da sessão em geral					

Comentários / Sugestões:

Obrigada pela tua colaboração ☺.

Apêndice XIII - Apresentação em *Power-point* sobre “Metodologia do Planeamento de Saúde”

Apêndice XIII - Apresentação em *Power-point* sobre “Metodologia do Planeamento de Saúde”

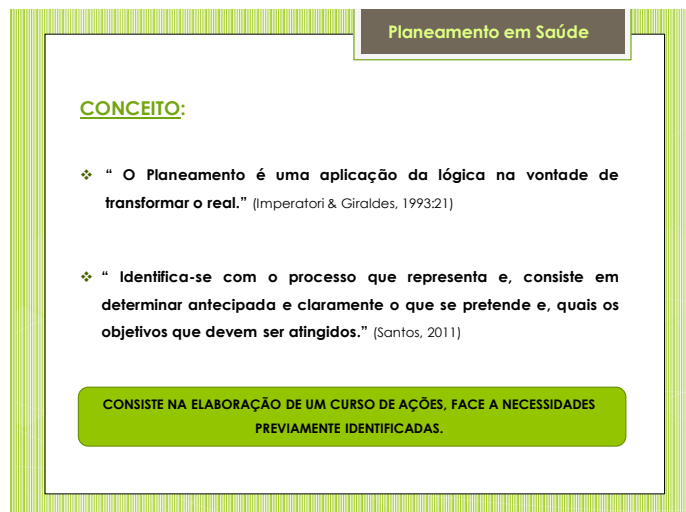


Escola Superior de Saúde de Portalegre
III Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Unidade Curricular: Enfermagem Comunitária
Docente: Prof. Doutora Maria Filomena Martins

**Metodologia do Planeamento
em Saúde**

Discentes:
Ana Catarina Figueira nº 9110
Ana Raquel Batista nº 9117
Filipa Ribeiro nº 9108
Marta Ramos nº 9159

janeiro, 2014

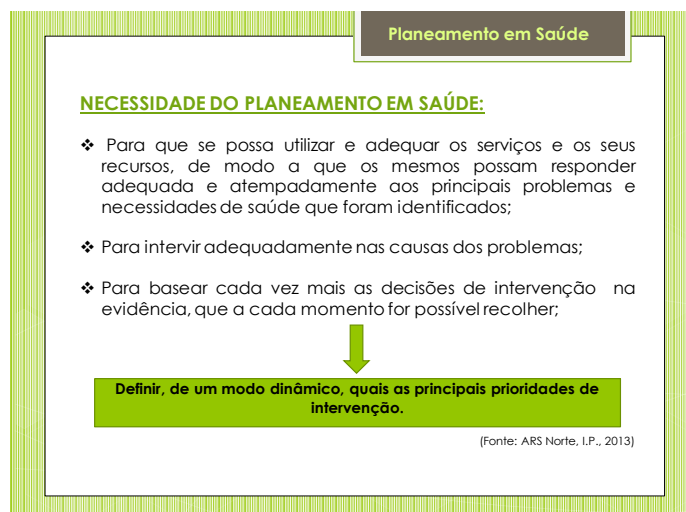


Planeamento em Saúde

CONCEITO:

- ❖ “ O Planeamento é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real.” (Imperatori & Giraldes, 1993:21)
- ❖ “ Identifica-se com o processo que representa e, consiste em determinar antecipada e claramente o que se pretende e, quais os objetivos que devem ser atingidos.” (Santos, 2011)

CONSISTE NA ELABORAÇÃO DE UM CURSO DE AÇÕES, FACE A NECESSIDADES PREVIAMENTE IDENTIFICADAS.



Planeamento em Saúde

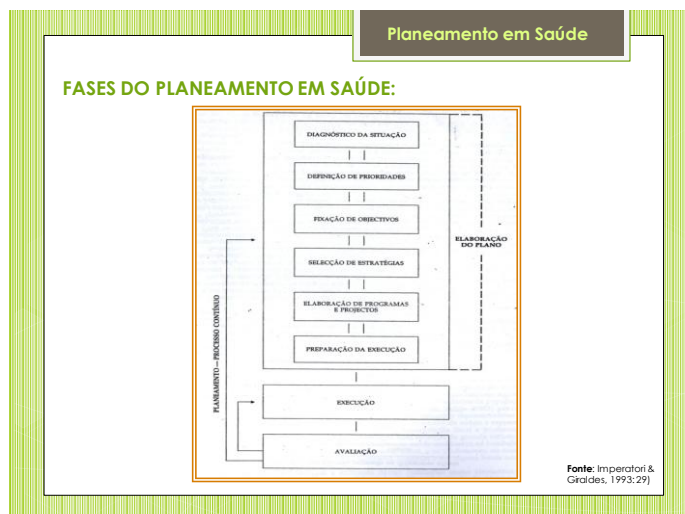
NECESSIDADE DO PLANEAMENTO EM SAÚDE:

- ❖ Para que se possa utilizar e adequar os serviços e os seus recursos, de modo a que os mesmos possam responder adequada e atempadamente aos principais problemas e necessidades de saúde que foram identificados;
- ❖ Para intervir adequadamente nas causas dos problemas;
- ❖ Para basear cada vez mais as decisões de intervenção na evidência, que a cada momento for possível recolher;

↓

Definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção.

(Fonte: ARS Norte, I.P., 2013)



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- o No âmbito da Unidade Curricular de Enfermagem Comunitária, do **III Curso de Mestrado em Enfermagem, com a área de Especialização em Enfermagem Comunitária** da Escola Superior de Saúde de Portalegre, foi-nos proposto a elaboração de um Diagnóstico da Situação de Saúde.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Objetivos:

- Adquirir conhecimentos sobre as várias etapas do Planeamento em Saúde;
- Aprofundar conhecimentos sobre Metodologia Quantitativa Científica de Investigação;
- Identificar os Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre;
- Promover Hábitos de Vida Saudáveis aos Adolescentes, da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Estrutura do Trabalho:

- Enquadramento teórico;
- Metodologia – Recolha de dados através da aplicação de questionários;
- Tratamento e análise dos dados obtidos;

DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- O interesse enquanto grupo, por aspetos que caracterizam a **adolescência** e as fases que a constituem, levou-nos a elaborar um **complexo trabalho de pesquisa** que nos **pudesse facultar informações essenciais sobre a população de adolescentes em estudo.**

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- Em termos de Planeamento em Saúde, o diagnóstico constitui a primeira etapa, todavia, uma vez estabelecido, “ **o diagnóstico da situação deverá corresponder às necessidades da saúde da população.**” (Imperatori & Giraldes, 1999:45)
- Por conseguinte, no que concerne ao nosso Diagnóstico da Situação, o mesmo teve como principal fundamento:

Analisar os Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes da Escola Secundária Mouzinho da Silveira, em Portalegre.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização da Escola Secundária Mouzinho da Silveira

- A **Escola Secundária Mouzinho da Silveira** situa-se na Avenida do Bomfim, da cidade de **Portalegre**, Capital de Distrito do Alto Alentejo;
- Recebe alunos da sua área geográfica de influência, e ainda de outros concelhos contíguos, nomeadamente de **Castelo de Vide, Marvão, Crato, Arronches e Monforte**;
- Faz parte do Agrupamento de Escolas do Bomfim.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Caracterização da População da ESMS

No presente Ano Letivo 2012/2013, a população escolar era constituída por:

- **736 Alunos** matriculados, distribuídos desde o 7º Ano até ao 12º Ano de Escolaridade;
- **96 Docentes** que desempenham funções no estabelecimento de ensino;
- **12 Administrativos**;
- **18 Assistentes Operacionais.**

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Questionário:

1. Caracterização das Variáveis Sociodemográficas;
2. Alimentação e Exercício Físico;
3. Saúde Oral;
4. Sono e Repouso;
5. Segurança e Prevenção de Acidentes;
6. Consumos (álcool, tabaco e outras substâncias ilícitas);
7. Situações de Risco e Acidentes;
8. Saúde Sexual e Reprodutiva;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

- Os **questionários foram preenchidos** pelos próprios sujeitos da investigação, em dois dias (**13 e 14 de Maio 2013**), e durante o período normal de aulas, de acordo com sugestão e autorização da direção da escola.
- Dado o grande número de questionários a aplicar, 11 turmas, dos 7º e 8º Anos respetivamente, houve a necessidade de dividir os elementos do grupo em dois, ou seja, dois grupos de duas pessoas.

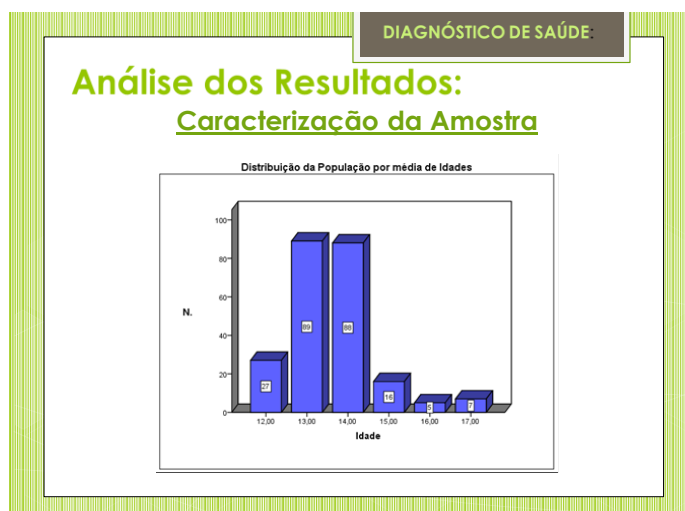
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

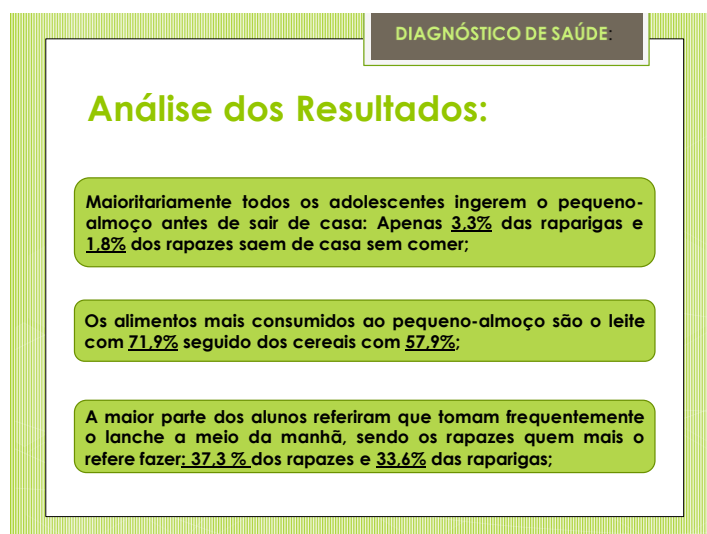
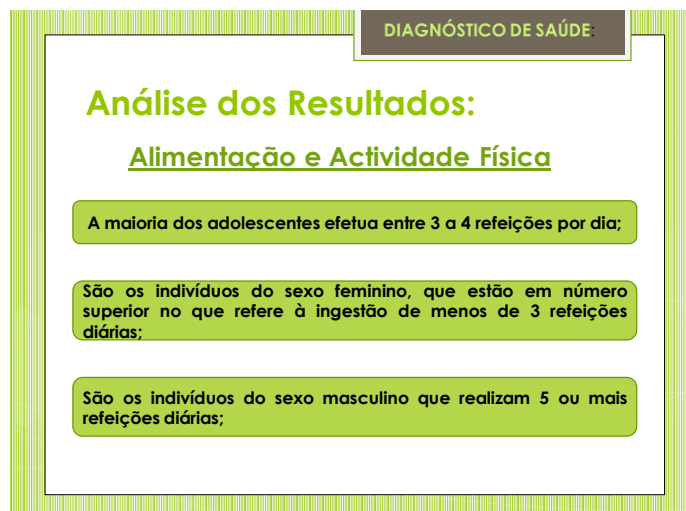
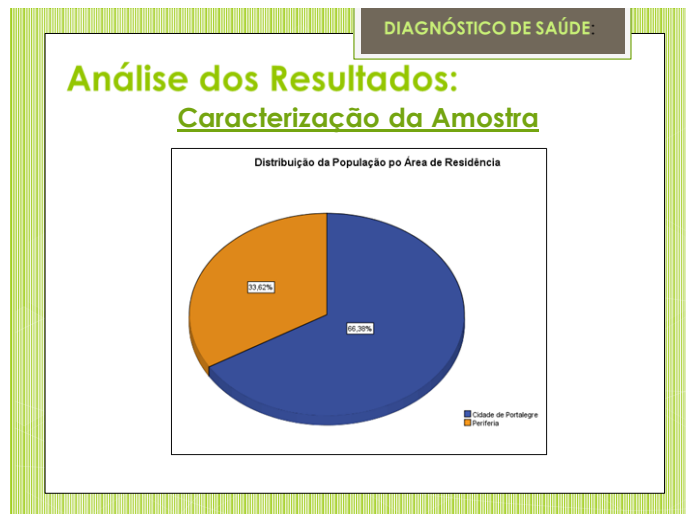
- Questionários previstos inicialmente:

 **269**

- Do número de questionários previstos inicialmente, não responderam os alunos não autorizados pelos encarregados de educação, e os que faltaram no dia da sua aplicação.

232 





DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

Os alimentos mais consumidos no lanche a meio da manhã, são os Bolos/Bolachas (53,8%) e o pão (48,9%);

Relativamente ao lanche da tarde, a maior parte dos alunos referiram que o realizam "sempre", sendo os rapazes quem mais o refere fazer (47,3%);

Relativamente ao lanche da tarde, os alimentos mais consumidos são o pão (64,8%), o leite/iogurte (50,2%);

Nas refeições principais verificámos percentagens elevadas dos adolescentes quanto ao consumir de sopa (79,3%), prato principal (95,3), salada (50,4) e fruta (68,1%).

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

O número de adolescentes que referiu consumir vinho e cerveja às principais refeições foi bastante baixo (4,3%);

Verificando-se que é no sexo masculino que se encontra um maior n.º de casos : (5 rapazes do 7º ano e 3 do 8º ano);

No que se refere à ingestão de água, a Moda em ambos os sexos foi de Mo=5 copos de água por dia;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Alimentação e Actividade Física

Na sua maioria, todos os adolescentes da ESMS praticam algum tipo de exercício físico;

No que toca a percentagens, são os rapazes quem mais praticam exercício físico: (87% dos rapazes e 81% das raparigas);

Os rapazes optam pela prática do futebol (41,9%) enquanto que as raparigas por outro tipo de praticas desportivas;

Em termos da duração da prática de exercício físico é o sexo feminino (71,3%) que obtém percentagens mais elevadas comparativamente ao sexo masculino (63,2%);

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Oral

A maioria dos adolescentes inquiridos referiu que até ao momento não teve cáries: (54,1% dos rapazes e 57% das raparigas);

A maioria dos adolescentes escovam os dentes duas vezes por dia: (54,1% das raparigas e 52,7% dos rapazes);

No que se refere às idas ao dentista, constatámos que a percentagem mais alta é a resposta de "6 em 6 meses", em ambos os sexos: (37,2 % nas raparigas e 30,8% nos rapazes);

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Sono e Repouso

A Média de Sono obtida foi de cerca de 8 horas e meia;

Porém é de notar que 51 alunos dormem menos de 8 horas;

38 alunos, o que corresponde 16,9%, dorme pelo menos 10 horas por noite;

Mas a nível global: existem 163 adolescentes, que possuem um "padrão de sono saudável";

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Segurança e Prevenção de Acidentes

De acordo com os dados obtidos, concluímos que o acompanhamento dos adolescentes em estudo, nas deslocações casa/escola é realizado na sua maioria pelos pais, seguido de amigos/colegas.

Para as deslocações entre casa e escola, o meio de transporte mais utilizado é o automóvel, seguido dos transportes públicos;

Nos momentos de lazer os adolescentes procuram praias ou piscinas que tenham vigilância/nadador-salvador;

No que concerne à utilização de proteção solar, são as raparigas quem o mais o pratica;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos – Álcool

Observa-se que, da população em estudo, a maioria já o fez, sendo que são os rapazes que apresentam uma percentagem mais elevada (52,7%), relativamente às raparigas (51,6);

Relativamente à frequência com que ingerem álcool, são curiosos os resultados, a maioria respondeu que "nunca ingere álcool" (51,4% no sexo masculino e 47,5% no sexo feminino);

O significado destas respostas indica que estes adolescentes já experimentaram o consumir bebidas alcoólicas, mas não têm um consumo regular;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:


Análise dos Resultados:

Consumos – Álcool

Na questão "já alguma vez ficou embriagado?", em ambos os sexos a maioria respondeu que não;

Dos adolescentes que já ficaram embriagados, verificámos que é o sexo feminino que possui percentagens mais elevadas;

23 Raparigas 16 Rapazes



DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos - Tabaco

Observámos que a maioria dos adolescentes inquiridos em ambos os sexos não consumiu tabaco, (83,5% nos rapazes e 59,8% nas raparigas);

Constatámos que em termos da população que já consumiu tabaco, é o sexo feminino quem mais se evidencia;

Na frequência "Diariamente", em termos globais, constatámos que existem 13 adolescentes que o fazem;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos – Substâncias ilícitas

No que respeita às substâncias proibidas (drogas), os adolescentes responderam maioritariamente que nunca consumiram tais substâncias - Sexo feminino (98,2%) sexo masculino (93,3%))

No entanto, entre o sexo feminino e masculino, existem 10 adolescentes a mencionar que já o fizeram ou fazem;

Constatámos que é o sexo feminino que está na frente do consumo como primeira experiência com 6,7%, para 1,8% do sexo masculino;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Consumos - Drogas

No que diz respeito à substância mais consumida entre os adolescentes, verificámos que é o haxixe;

Relativamente à frequência do consumo, é o sexo feminino que assume maior percentagem neste item, com valores de 62,5% para "Ocasionalmente" e 12,5% para "Semanalmente".

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Violência e Saúde Mental

A maioria dos adolescentes referiu que não foi vítima de violência na escola;

Observámos que é sexo feminino que apresenta valores mais elevados de violência na escola;

Concluimos que em 232 alunos inquiridos, 45 jovens adolescentes já foram vítimas de violência na escola;

O sexo feminino referiu todos os tipos de violência, porém é a violência verbal a mais referida com 77,4% dos casos;

No que diz respeito à violência sexual, a mesma foi referida apenas por uma rapariga;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Violência e Saúde Mental

No sexo masculino é a violência física a que apresenta valores mais elevados (69,2%), seguindo-se a violência psicológica com (53,8%), e por fim a verbal com (46,2%). Os adolescentes do sexo masculino não referiram ter sido vítimas de violência sexual;

Dos adolescentes vítimas de violência, podemos verificar que a maioria referiu que foram "os colegas" os responsáveis por esta violência;

A grande maioria dos inquiridos referiu não sofrer ou ter sofrido de nenhum tipo de problema de Saúde Mental;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Sexual e Reprodutiva

Relativamente à aceitação do corpo tal como ele é, verificámos que no sexo feminino a maioria respondeu que "concorda";

No sexo masculino, a maioria respondeu que "concorda totalmente";

Ao serem questionados sobre se reconhecem que o afeto ou amor devem existir nos relacionamentos sexuais, verifica-se que a maioria dos adolescentes inquiridos "concorda totalmente";

Porém, é o sexo masculino que apresenta uma percentagem mais elevada nesta resposta;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Sexual e Reprodutiva

No que concerne ao início da actividade sexual, verificámos que a maioria dos adolescentes inquiridos ainda não a iniciou ;

Observámos que na totalidade da população-alvo do estudo, existem adolescentes que já iniciaram a sua actividade sexual (N=32: 21 rapazes e 11 raparigas);

De entre os adolescentes que responderam que já tinham iniciado a sua actividade sexual , percebemos que a média de idades com que foi realizada é cerca de $\mu=13,18$;

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

Saúde Sexual e Reprodutiva

De entre os adolescentes que referiram ter iniciado a sua actividade sexual, verificámos que a maioria respondeu que usa contraceção nas relações, (81,8% das raparigas e 95% dos rapazes);

No que concerne ao método contraceptivo ou de protecção utilizado pelos adolescentes inquiridos que já iniciaram a sua actividade sexual, observámos que em ambos os sexos foi o "preservativo masculino";

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

Análise dos Resultados:

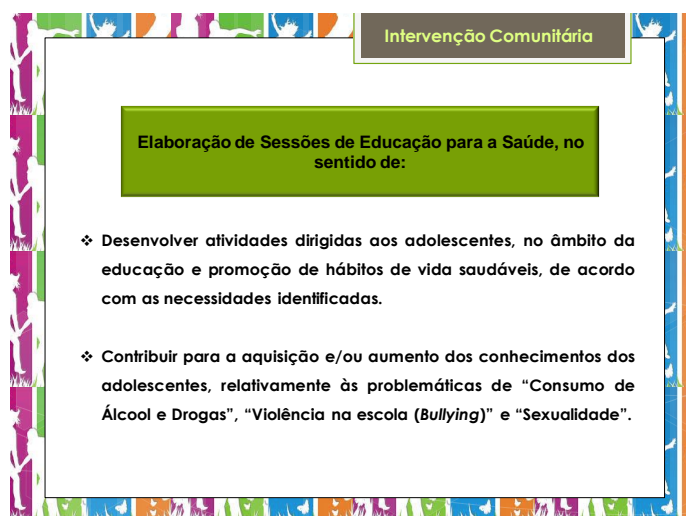
Saúde Sexual e Reprodutiva

Na questão "com quem se sente à vontade para falar sobre sexualidade?" a maioria dos adolescentes e em ambos os sexos, referiram que é com os "amigos";

Os "professores" constituem o grupo de individualidades que possuem percentagens mais baixas que se traduzem em 3 raparigas e 7 rapazes;

Por fim, e curiosamente, existiu ainda um elevado número de adolescentes que referiu "não falar com ninguém" (77 alunos);





Intervenção Comunitária

Elaboração de Sessões de Educação para a Saúde, no sentido de:

- ❖ Reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis na adolescência.
- ❖ Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito de Hábitos de Vida Saudáveis.

Intervenção Comunitária

Recursos Materiais Utilizados

- ❖ Meios audiovisuais para apresentação de diapositivos e vídeos;
- ❖ Folhetos informativos sobre as temáticas;
- ❖ Envelopes com perguntas e respostas.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE:

BIBLIOGRAFIA:

- ❖ Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª Edição;
- ❖ PORTUGAL, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., (2013). *Planeamento em Saúde*. Acedido a 4 de Maio de 2013 em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAdade%20P%C3%ABlica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAdade>
- ❖ PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 23 de Maio de 2013 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- ❖ Santos, M. (2011). *Noções Introdutoras sobre o Processo de Planeamento*. Acedido a 4 de Maio de 2013 em http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Planeamento_NocoiesIntrodutorias_28Jul11.pdf



ANEXOS

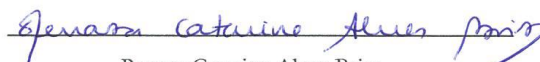
Anexo I – Autorização para a aplicação de Questionário

Anexo I – Autorização para a aplicação de Questionário

DECLARAÇÃO

RENATA CATARINA ALVES BRITO, solteira, residente em Póvoa de Varzim, natural da freguesia de Póvoa de Varzim, concelho da Póvoa de Varzim, titular do cartão de cidadão número 12738124, emitido pela República Portuguesa e válido até 09.08.2016, expressamente consente e autoriza que o instrumento de colheita de dados (*“Questionário”*) por si desenvolvido e utilizado na elaboração da sua dissertação de Mestrado, que apresentou e defendeu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, intitulada *“Os Hábitos de Saúde dos adolescentes - A realidade numa instituição de ensino particular”*, seja utilizado, a título exclusivo, e sem qualquer contrapartida financeira, por Ana Catarina de Carvalho Trindade Figueira, Ana Raquel Pires Baptista, Filipa José Simão Ribeiro e Marta Sofia Silva Ramos, todas alunas do III Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre, no âmbito do diagnóstico de saúde que se encontram a desenvolver na disciplina de Enfermagem Comunitária e apenas para este efeito específico.

Póvoa de Varzim, 15 de Maio de 2013.


Renata Catarina Alves Brito

Anexo II – Questionário utilizado no Diagnóstico de Situação

Anexo II – Questionário utilizado no Diagnóstico de Situação

ATENÇÃO: Este questionário é anónimo e não deves escrever o teu nome em qualquer uma das folhas.

Destina-se à elaboração de um estudo sobre “Hábitos de Vida Saudáveis dos Adolescentes”.

Queremos saber o que realmente pensas e quais as tuas preocupações!!!

És fundamental para a realização do estudo, por isso, pedimos-te que respondas a todas as questões e que sejas sincero.

Obrigada pela tua colaboração.

I. Dados gerais

1. Idade _____ anos
2. Ano escolar _____ ano
3. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
4. Com quem vive: _____
5. Área de residência: _____
6. Pai: Profissão: _____
Escolaridade: _____
Situação de emprego: _____
- Mãe: Profissão: _____
Escolaridade: _____
Situação de emprego: _____
7. Altura: _____ Peso: _____

II. Alimentação e Exercício físico:

1. Quantas refeições faz por dia?
- ☐ 5 ou mais ☐ 4 a 3 ☐ menos de 3
2. Pequeno-almoço:
- 2.1. Toma o Pequeno-almoço diariamente?
- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- 2.2. Que alimentos consome ao Pequeno-almoço?
- ☐ Pão ☐ Cereais ☐ Bolos ☐ Leite ☐ Iogurte
- ☐ fruta ☐ Sumos de fruta ☐ Refrigerantes
- ☐ Outros – Quais? _____
3. Lanche da manhã:
- 3.1. Come lanche a meio da manhã?
- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente
- ☐ Nunca
- 3.2. Que alimentos come?
- ☐ Pão ☐ Bolos/bolachas ☐ Leite/iogurte ☐ sumos de fruta ☐ fruta ☐ refrigerantes ☐ chocolates ☐
- Outros – Qual? _____
4. Lanche da tarde:
- 4.1. Come lanche a meio da tarde?

- ☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente
☐ Nunca

4.2. Que alimentos come?

- ☐ Pão ☐ Bolos/bolachas ☐ Leite/iogurte
☐ Sumos de fruta ☐ fruta ☐ refrigerantes ☐ chocolates
☐ Outros – Qual? _____

5. O que consome nas refeições principais (almoço e jantar)?

- ☐ sopa ☐ salada ☐ prato principal ☐ fruta ☐ doce
☐ sandes/pratos frios ☐ água ☐ sumos
☐ refrigerantes ☐ vinho/cerveja

6. Quantos copos de água ingere em média por dia? _____

7. Faz algum tipo de exercício físico?

- ☐ Sim ☐ Não

7.1. Se sim:

7.1.1. Qual? _____

7.1.2. Com que frequência? _____

7.1.3. Qual a duração? _____

III. Saúde Oral:

1. Quantas cáries teve até ao momento? _____
2. Quantas vezes por dia escova os dentes?
☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ☐ 3 ou mais
3. Com que frequência vai ao dentista?
☐ de 6 em 6 meses ☐ uma vez por ano ☐ quando tem dor ou outro problema
☐ Outra – Qual? _____
4. Costuma comer doces/guloseimas?
☐ Sim ☐ Não

IV. Sono e repouso:

1. Quantas horas dorme em média por noite? _____

V. Segurança e prevenção de acidentes

1. As viagens entre casa e a escola:

1.1 São feitas com:

☐ pais ☐ familiares/empregados ☐ sozinho ☐ amigos/colegas

1.2. São feitas em:

☐ automóvel ☐ transporte público ☐ bicicleta ☐ motorizada ☐ a pé

2. Quando anda de bicicleta ou motociclo, utiliza capacete?

☐ Sim ☐ Não

3. Quando frequenta praias ou piscinas durante a época balnear:

3.1. Utiliza as que têm vigilância/nadador salvador?

☐ Sim ☐ Não

3.2. Cumpre as bandeiras nas praias?

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

☐ Nunca

3.3. Utiliza protecção solar?

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

☐ Nunca

3.4. Expõe-se ao sol:

☐ Durante todo o dia ☐ até as 11:30h e/ou a partir das 16h ☐ Nunca

4. Teve algum acidente?

☐ Sim ☐ Não

VI. Consumos:

1. Bebidas alcoólicas:

1.1 Já as consumiu?

☐ Sim ☐ Não

1.2. Com que frequência ingere álcool?

☐ Sempre ☐ Frequentemente ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

☐ Nunca

1.3. Já alguma vez ficou embriagado?

☐ Sim ☐ Não

2. Tabaco:

2.1. Já consumiu?

☐ Sim ☐ Não *(se não, passe para a pergunta nº 3)*

2.2. Se fumador, com que frequência fuma?

☐ diariamente ☐ semanalmente ☐ Ocasionalmente
☐ Nunca

3. Outras substâncias:

3.1. Já consumiu substâncias proibidas(drogas)?

☐ Sim ☐ Não

3.1.1. Se sim:

3.1.1.2. Que tipo de substâncias consumiu ou consome?

3.1.1.3. Com que frequência consome?

☐ diariamente ☐ semanalmente ☐ Ocasionalmente
☐ Nunca

VII. Situações de risco e acidentes:

1. Já foi vítima de violência na escola?

☐ Sim ☐ Não

1.1 Se sim,

1.1.1 De que tipo?

☐ verbal ☐ psicológica ☐ física ☐ sexual

1.1.2. Por parte de quem?

☐ amigos ☐ namorado(a) ☐ colegas

☐ Outros – Quem? _____

2. Já teve ou tem algum problema de saúde mental?

☐ Sim ☐ Não

2.1. Se sim, de que tipo? _____

3. Que importância tem para si o seu desempenho escolar e as suas notas?

☐ máxima importância ☐ importante ☐ moderadamente importante ☐ pouco importante

4. Costuma sentir medo ou ansiedade nos testes e exames?

☐ Sim ☐ Não

VIII Saúde sexual e reprodutiva

1. Aceito o meu corpo tal como ele é

☐ Concordo totalmente ☐ concordo ☐ indiferente ☐ discordo ☐ discordo totalmente

2. Reconheço que o afecto ou o amor devem existir nos relacionamentos sexuais

☐ Concordo totalmente ☐ concordo ☐ indiferente ☐ discordo ☐ discordo totalmente

3. Já iniciou a sua actividade sexual?

☐ Sim ☐ Não

Se sim:

3.1. Com que idade? _____

3.2. Costuma usar algum método contraceptivo ou protecção?

☐ Não ☐ Sim (se sim, qual? _____)


4. Com quem se sente à vontade para falar sobre sexualidade?

☐ Pais ☐ amigos ☐ colegas ☐ professores

☐ Outros (Quais? _____)

Anexo III – Autorização para a realização do Estágio

Anexo III – Autorização para a realização do Estágio

	GOVERNO DE PORTUGAL	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA	Agrupamento de Escolas do Bonfim - Portalegre	
---	--------------------------------	---	--	--

Exm^{as}. S^{as}. Enfermeiras

Ama Tigueira

Ama Baptista

Felipa Ribeiro

Marta Ramos

Escola Superior de Saúde

Sua referência	Sua comunicação de 07-11-2013	Nossa referência Of. 1167 - 2013	Classif.	Data 07-11-2013
----------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------	--------------------

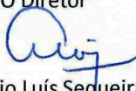
Assunto : Exposição dos resultados no âmbito do Diagnóstico de Saúde

Em resposta à solicitação que me foi dirigida em relação ao assunto mencionado, informo-as que têm a minha anuência em fazer a respetiva apresentação aos professores no dia 13 de novembro, no período da tarde, como foi sugerido.

Quanto à realização de sessões de Educação para a Saúde aos alunos envolvidos no estudo, fica desde já agendado para os dias 16 e 17 de dezembro, como foi proposto em carta enviada.

Com os melhores cumprimentos.

O Diretor



António Luís Sequeira

Avenida do Bonfim * * 7300-067 Portalegre
Contribuinte : 600085422 * Telefone : 245302370 * Fax : 245205827 * E-Mail : secretaria.aebonfim@gmail.com